



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Kvalitativ utvärdering av arbetet på Hälsofrämjande Sjukhus

Författare: Peder Welin

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2008

Omfattning: 15 hp

Handledare: José Ferraz-Nunes

Examinator: Annika Jakobsson

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Kvalitativ utvärdering av arbetet på Hälsofrämjande Sjukhus

Engelsk titel: Qualitative evaluation of the processes in Health Promoting Hospitals

Författare: Peder Welin

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2008

Omfattning: 15 hp

Handledare: José Ferraz-Nunes

Examinator: Annika Jakobsson

Sammanfattning

Bakgrund: Hälso- och sjukvården har traditionellt haft en inriktning på att behandla uppkommen sjukdom som redan är manifest hos individen. Man har dock de senaste decennierna börjat arbeta med en mer uttalad hälsofrämjande profil och många förespråkar, av olika skäl, det förebyggande arbetssättet som ett komplement till det sjukdomsbehandlande. Det tyngst vägande skälet är att öka patienternas livskvalitet och förbättra upplevelsen av vården. I Sverige finns ett nätverk för hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer sedan 1996 som arbetar med hälsofrämjande processer. Nätverket ingår i ett globalt WHO-arbete.

Syfte: Uppsatsens syfte är att genom att göra en processutvärdering bedöma kvaliteter och egenskaper i det hälsofrämjande arbetet på utvalda sjukhus inom Nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdorganisationer. Utvärderingen utgår från patientperspektivet i indikatorarbetet och om det finns skillnader i förståelse mellan sjukhusen.

Metod: Semistrukturerade intervjuer har genomförts med representanter, utvalda genom bekvämlighetsurval, för fyra hälsofrämjande sjukhus. Intervjuerna transkriberades och kvalitativ innehållsanalys genomfördes med betoning på intervjuernas manifesta innehåll. Sökning i relevant litteratur resulterade i uppställning av kriterier för utvärderingen som ett redskap för att analysera intervjuerna strukturerat.

Resultat: Intervjuerna indikerade att det sjukdomsförebyggande arbetet förstås likartat mellan sjukhusen och är väl definierat. Dock tycktes det som om ett mer systematiskt, strukturerat arbete inte har fått fäste inom vissa levnadsvaneområden, trots att det finns evidens för fördelen med detta. Vidare arbetade man främst med högriskstrategier inom prevention, till skillnad från bredare befolkningsstrategier. Det hälsofrämjande arbetet tolkades som ett förhållningssätt där man överför kraft och hanterbarhet till patienten, begreppet empowerment nämndes. Intervjuerna antydde även behovet av fasta strukturer för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, vilket exemplifierades med journalkoder, ersättningssystem och uppföljning av verksamhetens påverkan på patienterna. Det framkom ytterligare att stöd till sårbara grupper inom vården var mindre väl organiserat.

Slutsats: Det hälsofrämjande arbetet kan ses som en viljeyttring och strävan till mer hälsobringande vårdprocesser. Mycket bra har gjorts, men intervjuerna indikerade att sjukhusen till viss del är fast i traditionella arbetsmönster i stället för att arbeta med ett bredare perspektiv. Samtidigt gäller det att rätt vårdnivå gör det som de är satta att göra och tar ansvar för sin bit av folkhälsoarbetet. Struktur, systematik och ett hälsofrämjande förhållningssätt tycks kunna vara en väg att gå för sjukhusen i detta arbete.

Sökord: hälsofrämjande hälso- och sjukvård, patientperspektiv, kvalitativ intervju, process utvärdering,

Abstract

Background: The health sector has traditionally been focused in treating manifest disease in patients. The last decades, a more health promoting approach has been more explicitly executed, and many agencies promote, with different purposes, the preventive approach instead of the curative. The best argument for this is to increase the patients' quality of life and the perception of the nursing. In Sweden, since 1996, there is a network for health promoting hospitals and health care organizations, working with health promoting processes. The network is a part of the global Who-network.

Aim: The aim of the thesis was to conduct a process evaluation judging the qualities and properties in the health promoting work, in selected hospitals within the Network for Health Promoting Hospitals and Health Care Organizations, and to investigate if there were differences in understanding between the hospitals.

Method: Semi structured interviews were conducted with selected delegates, sampled through convenience-sampling, of four health promoting hospitals. The interviews were transcribed and a qualitative content analysis was conducted with a focus on the manifest content. Searching in relevant literature resulted in criteria for the evaluation and can be seen as a tool for doing structured analysis.

Results: The interviews indicated that the disease preventive work is understood in a similar way between the hospitals and is pretty much well defined. Still it seemed that a more systematically, structured work not yet were applied in certain lifestyle areas, even though there are evidence of the benefits with this. Further the preventive work was mostly done with a high-risk approach, in despite wider population strategies. Health promotion was interpreted as an approach where strength and management of health was transferred to the patient. The concept of empowerment was mentioned as well. The interviews also indicated the need of structures for the health promoting- and disease preventive work, exemplified by code numbers in the case book, remuneration and follow-up how the quality of life was affected by the work. At last, the processes with vulnerable groups in nursing were less than well organized.

Conclusion: The health promoting work may be seen as a manifestation of the hospitals will and a strive for more health promoting nursing processes. Many good things have been done, but the interviews indicated that the hospitals in some parts still are stuck in traditional manners of work instead of working with health in a wider perspective. In the same time, it's also a question of doing the work in right level of the health care sector, each organization taking care of their part of the public health work. Structures and systematically work combined with a health promoting approach seems to be one way to go for the hospitals.

Keywords: health promoting health care, patient's perspective, qualitative interview, process evaluation

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård	1
2.2 Problemområde.....	2
3. Syfte	4
3.1 Syfte.....	4
3.2 Avgränsningar	4
3.3 Frågeställning	4
4. Metod	4
4.1. Metodgenomgång	5
4.2 Teoretisk bakgrund.....	5
4.3 Intervjumetod.....	6
4.4 Urval och studiepopulation	6
4.5 Analysmetod	7
4.6 Etik	8
5 Teoretisk anknytning och kriterier för utvärdering	8
5.1 Angreppssätt för utvärderingen enligt Vedungs utvärderingskriterier.	8
5.2 Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården.....	9
5.2.1 Preventiva program tillämpas.....	10
5.3 Hur mäts indikatorerna.....	11
5.4 Stödsystem för systematisk uppföljning finns	11
5.5 Strukturerade metoder tillämpas för att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa	11
5.6 Stöd ges till individer eller grupper som lever med ökad sårbarhet	11
6. Resultat	11
6.1 Hur tolkas, förstås och bedöms sjukdomsförebyggande respektive hälsofrämjande arbete?	12
6.2 Hur mäts eller avgörs graden av uppfyllelse av indikatorerna?	13
6.3 Hur tolkas ett stödsystem för systematisk uppföljning?.....	15
6.4 Vilka strukturerade metoder används för att stimulera och tillvarata patienters kraft och initiativ?	16
6. 5 Hur tolkas ”sårbara grupper” och hur är arbetet med dessa organiserat?	17
7. Diskussion	19
7.1 Resultatdiskussion.....	19
7.1.1 Förståelse av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete	19
7.1.2 Mätning av indikatorer	20
7.1.3 Förståelse av stödsystem för systematisk uppföljning	21
7.1.4 Strukturerade metoder för att tillvarata kraft och initiativ hos patienten.....	21

7.1.5 Tolkning av sårbara grupper och organisering	22
7.2 Metoddiskussion	23
7.3 Slutsats	24
8. Källförteckning.....	26

Bilagor

Bilaga 1: Lathund för HFS-uppföljning av verksamhetsåret 2007

Bilaga 2: Intervjuguide

1. Inledning

Förväntningarna och kraven på hälso- och sjukvården i västvärlden kan beskrivas som obegränsade där befolkningen förväntar sig rätt och god vård vid behov. På grund av den tekniska utvecklingen inom sektorn uppstår en situation med bättre, men samtidigt kostnadsdrivande metoder, för att bota ohälsa. Många sjukdomar är dock möjliga att förebygga genom enkla förändringar i befolkningens levnadsvanor, till betydligt lägre kostnader jämfört med den kurativa vården. Att påverka till förändring av sjukdomspanoramata och hälsoutvecklingen kan vara en inriktning inom folkhälsovetenskapen. Denna definieras av Janlert (2000) som ett tvärvetenskapligt ämne, där fokus ligger på hälsotillståndet och hur det fördelar sig i befolkningen, olika faktorer som påverkar hälsan och studiet av hälso- och sjukvårdens effektivitet. Ämnet studeras traditionellt inom medicinska fakulteter men har ofta implikationer långt utanför de områden som medicinen direkt kan påverka. Folkhälsoarbetet bedrivs därför inom många olika organisationer, på flera samhällsnivåer och med stor variation av insatser. Ett stort ansvar ligger i Sverige på den landstingskommunala nivån som, enligt 3§ hälso- och sjukvårdslagen, har att verka för sin befolknings goda hälsa och erbjuda en god hälso- och sjukvård (Svensk Författningssamling 1982:763). Den kommunala landstingsnivån har därmed möjlighet att påverka statusen på folkhälsan inom sitt geografiska område. Hälso- och sjukvårdssektorn har traditionellt haft en inriktning på att behandla uppkommen sjukdom som redan är manifest hos individen. Det har dock de senaste decennierna börjat arbetas med en mer uttalad hälsofrämjande profil och många förespråkar, av olika skäl, ett mer strukturerat förebyggande arbetssätt som ett komplement till det sjukdomsbehandlande (Blivik 2002, Nilsson & Isacson, 1998).

En frågeställning är dock **hur** man skall arbeta hälsofrämjande och **om** det verkligen har någon effekt på befolkningens hälsa. Kan man mäta effekten av det som görs eller är föresatsen att det som av majoriteten anses gott inte skadar hur som helst? Föreliggande kandidatuppsats är en utvärdering av det arbete som görs inom ramen för Nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdorganisationer med fokus på nätverkets medlemmars självutvärdering av sin arbetsprocess avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

2. Bakgrund

Följande kapitel behandlar uppsatsämnet relation till folkhälsovetenskapen och beskriver även vissa aspekter av hälso- och sjukvården kopplat till prevention. Den följs av ett avsnitt med problemformulering vilken ligger till grund för studiens syfte.

2.1 Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Folkhälsan i Sverige har det senaste seklet kontinuerligt förbättrats inom de flesta befolkningsgrupper även om hälsan, liksom de ekonomiska resurserna, är ojämnt fördelad med ett sämre hälsoläge inom vissa grupper och områden med lägre socioekonomisk standard (Sundin & Willner 2007). Den största förbättringen har främst skett under de två senaste seklen då moderniseringen gett en förbättrad levnadsstandard och högre inkomstnivå vilket resulterat i uppbyggnaden av välfärdsstaten Sverige (ibid.). Detta har inneburit att stora satsningar gjorts på exempelvis boende, hygien samt hälso- och sjukvårdssystem. Parallellt med förbättringen av folkhälsan har sjukdomspanoramata förändrats från infektionssjukdomar via sjukdomar såsom cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, till en ökande andel kroniska och psykoemotionella sjukdomar (Svanström 2003). Förändringen av ohälsans karaktär har betecknats som en "epidemiological transition" (Omran 1971). Sammantaget innebär det även att hälso- och sjukvårdens funktion och uppgifter har kommit att förändras över tid.

Den offentliga förvaltningen har temporärt brottats med skenande utgifter, vilket kan vara ett resultat av den expanderande hälso- och sjukvårdssektorn och dess försök att möta befolkningens ökade krav och förväntningar på densamma (Glenngård m.fl., 2005). Knapphet i resurstillgångar kan ge ett ökat fokus på alternativkostnaden, definierat som fördelar som missats genom att inte använda resurser på bästa möjliga alternativa sätt (Mooney 2003). Gjorda insatser, inom hälso- och sjukvården och för vissa patientkategorier, skulle därmed kunna ifrågasättas av andra grupper med andra vårdbehov (SOU 2001:8). Resursdilemmat skapar ett krav på det offentliga att vara än mer effektiv och hushålla med de begränsade resurserna samt prioritera de saker som ger maximal nytta i förhållande till satsade kronor.

Ett sätt att lösa resursdilemmat skulle kunna vara att fokusera mer på det första ledet i begreppet "hälso- och sjukvården". Alltså att man lämnar den klassiska betoningen på sjukvård till förmån för ett mer holistiskt synsätt på patienten där förebyggande och hälsofrämjande arbete prioriteras i högre grad än tidigare. Olika aktörer har insett nödvändigheten av att satsa förebyggande och hälsofrämjande inom hälso- och sjukvården (SOU 1997:119, SOU 2000:91, Proposition 2007/08:110, WHO). Detta har även betonats i förslagen från Folkhälsoinstitutet (2005) inom rapporten för målområde sex: "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård". Dock är det inte säkert att en förändrad inriktning skulle innebära lägre total kostnad för sjukvårdssystemet, utan effekten skulle snarare kunna beskrivas som effektivare sjukvårdssystem där rättvis prioritering sker samt eventuellt fler levnadsår och god livskvalitet för befolkningen. Socialstyrelsen (2005) menade i sin kartläggning om vad som görs inom det hälsofrämjande arbetet på vårdcentraler att betydelsen av systematiskt arbete, uppföljningar samt politiska styrmedel inte skall underskattas i skapandet av hälsofrämjande rutiner inom vården. Socialstyrelsen (2008) konstaterar även i sin rapport om alkoholförebyggande arbete att evidensbaserade hälsofrämjande insatser inte alltid används inom hälso- och sjukvården.

En aktör som har lyft frågan globalt om hälsofrämjande hälso- och sjukvård är Världshälsoorganisationen, vilken 1986 formulerade the Ottawa Charter for Health Promotion med visioner om bättre hälsa för jordens befolkning, och där tankar om mer hälsofrämjande hälso- och sjukvårdssystem även lyftes fram (WHO). Deklarationen följdes 1991 av Budapest-deklarationen som var ett första försök att konkretisera dessa tankar genom olika strategier (Nätverkets hemsida, b). Resultatet av Budapest-deklarationen blev att ett europeiskt pilotprojekt inleddes, där 20 sjukhus försökte driva hälsofrämjande arbetsprocesser, vilket som en följd 1996 ledde till skapandet av det svenska Nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus, vilket 2008 utökade sitt namn med tillägget "och vårdorganisationer" (hädanefter kallat "nätverket"). 1997 utökades policydokumenten och fokuserades arbetet ytterligare genom Wienrekommendationerna för hälsofrämjande sjukhus (Nätverkets hemsida, b).

2.2 Problemområde

Följande och nästkommande stycke är baserade på nätverkets rapport om indikatorarbetet (Hellstrand 2007). Nätverket har närmare fyrtio medlemmar, geografiskt utspridda i Sverige, och arbetar aktivt med att sprida kunskap och idéer samt utveckla metoder inom området. Dessutom arbetar man med att utvärdera medlemmarnas arbete genom en årlig enkät, där respektive sjukhus får uppge hur man arbetar inom fyra områden. Dessa belyser sjukhusen utifrån patienten, det omgivande samhället, medarbetarna samt organisationens utveckling. Enkätundersökningen som har genomförts sedan 2003 (hädanefter används orden enkät och indikator omväxlande för att beskriva mätprocessen av medlemmarnas arbete) ses som ett sätt att få indikationer på förhållanden och trender i det hälsofrämjande arbetet. Det är även tänkt att vara ett diskussionsunderlag samt skapa reflektion och lärande inom nätverket och hos dess medlemsorganisationer avseende hälsofrämjande arbete. En lathund (bilaga 1) finns kopplad till enkäten med vissa förklaringar av begrepp respektive värdeskalor, och i den nämns att syftet med

verksamhetsuppföljningen ”... är att stärka lärandet och verksamhetsnyttan ...”. Inga radikala förändringar har gjorts sedan implementeringen av enkäten, men diskussion förs om indikatorernas validitet och reliabilitet (Hellstrand 2007).

Indikatorerna belyser arbetsprocesser och strukturer inom verksamheten och svarsalternativen är dels ja- och nej-alternativ, dels ja/delvis/sporadiskt/nej-alternativ. I det senare fallet beskrivs i lathunden alternativet ”ja” som att aktivitet sker i mer än tre fjärdedelar av organisationens kliniker, alternativet ”delvis” som att aktivitet bedrivs regelmässigt i mellan en och tre fjärdedelar av klinikerna, alternativet ”sporadiskt” som att aktivitet sker i mindre än en fjärdedel av organisationens kliniker. Respektive sjukhus inom nätverket har en processledare för det hälsofrämjande arbetet, vilken även kan vara kontaktperson gentemot nätverkets kansli och som samordnar datainsamlingen. Hur arbetsprocessen med den årliga enkäten ser ut är upp till respektive medlem, men i lathunden (bilaga 1) finns vissa råd: involvering av ledningen för att få dess aktiva stöd, klinikledningen bidrar med kunskap samt att medarbetare som är engagerade i hälsofrämjande verksamhet engageras. Eftersom enkäten skickas ut i början på året hamnar den tidsmässigt i det övriga bokslutsarbetet, varför man kan tänka sig att den inlemmas i denna process (Hellstrand 2007).

Indikatorerna har utarbetats för att vara mätbara, lätta att tolka samt visa på kvalitetskillnader inom hälso- och sjukvården. En fråga är dock hur man skall resonera angående indikatorenkäten och dess resultat. Skall man se det som en spegelbild av sjukhusens verksamhet, där absoluta värden på vad som görs presenteras och kan jämföras med en önskvärd kvalitetsstandard? En alternativ bild kan vara att se att enkätarbetet, rätt utfört, skapar diskussions- och lärandeprocesser i organisationerna, vilka gynnar det hälsofrämjande arbetet. En tredje möjlighet är att se att indikatorerna mer speglar tolkning och förståelse av enkäten och dess begrepp respektive hur man skall värdera vårdens insatser, än reella förändringar i praktiken. Eller är samtliga dessa synsätt och förhållningssätt på indikatorenkäten möjliga simultant?

Det första resonemanget, enkäten som en absolut spegling av sjukhusen, ger följdfrågan om vilka kvalitetskriterier som kan användas för att utvärdera om det nedlagda arbetet med hälsofrämjande ansats får avsedd verkan på sjukhusdriften. Lämpliga kriterier skulle kunna göra jämförelser mellan sjukhus inom nätverket, men även visavi sjukhus utanför nätverket, relevanta. Det tycks inte finnas några sådana kriterier explicit uttalat av nätverket och inte heller några normerande värden för vad en bra, hälsofrämjande organisation egentligen är och hur arbetet bör bedrivas.

Att se indikatorarbetet som en lärande- och diskussionsprocess kan jämföras med att göra det som Lennie (2006) beskriver i sin artikel som participatory evaluation, där syftet är att genom lärande och empowerment skapa förändring inom viss medborgerlig kontext. Det påminner även om det som Bird med flera (2005) gjorde inom ramen för en processutvärdering med aktionsforskningsansats av ett vårdprogram riktat till vårdtagare som överutnyttjade vården. Denna utvärdering ledde både till att effekter mättes av vårdprogrammet, men även till att sjukvårdspersonalen tog in programmet som en naturlig del i sin dagliga praktik. I optimalt utförande av indikatorarbetet skulle det kunna tänkas leda till att hälsofrämjandeansatser diskuteras och tas in i vårdarbetet i högre grad än om enkäten fylls i av den administrativa ledningen. Förhållandet skulle kunna jämföras med beslutsprocesser som antingen sker ”top-down” eller ”bottom-up” och vilka kan ge olika grad av förankring av fattade beslut.

Det tredje synsättet, indikatorerna som utsatta för tolkningsflexibilitet, ger frågan om frågeformulärets validitet och reliabilitet. Det vill säga om resultaten verkligen speglar det som indikatorerna försöker fånga, samt om de är tillförlitliga över tid och rum. Begrepp som ”preventiva program”, ”tillämpas” och ”sårbara grupper” är några exempel från frågorna inom

patientperspektivet, där det inte är helt självklart vad som avses även om nätverkets medlemmar möjligen har diskuterat detta internt.

Beroende på hur arbetsprocessen med enkäten ser ut ställs olika krav på förståelse och kompetens av indikatorernas begrepp och svarsalternativ. Att använda indikatorarbetet som i stycket ovan, som en lärandeprocess, innebär att förståelsen av enkäten hamnar på flera personer med möjlighet till lärande, men även till missförstånd. Det reser frågan om enkätens faktiska syfte: som ett diskussionsföremål där det faktiska resultatet är av underordnad betydelse eller som ett mått på uppnått resultat av processen att implementera hälsofrämjande arbetssätt inom hälso- och sjukvårdssektorn. Problemområdet i uppsatsen handlar om att se indikatorerna som ett verktyg för att mäta någonting och frågan är hur anställda på sjukhus inom nätverket förstår detta verktyg och vad det är man mäter. Hur tolkas begrepp samt vad och hur gör man för att arbeta hälsofrämjande?

3. Syfte

3.1 Syfte

Uppsatsens syfte är att genom att göra en processutvärdering bedöma kvaliteter och egenskaper i det hälsofrämjande arbetet på utvalda sjukhus inom Nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus och Vårdorganisationer. Utvärderingen utgår från patientperspektivet i indikatorarbetet och om det finns skillnader i förståelse mellan sjukhusen.

3.2 Avgränsningar

Utvärderingen avgränsas till att endast använda insamlad data rörande frågeställningen från den eller de som har arbetat med den årliga webbaserade enkäten på respektive sjukhus. Av naturliga skäl, då uppsatsen sker inom en kandidatuppsats, kan utvärderingen ses som begränsad i både empirisk samt textmässig omfattning. Utvärderingen avgränsas även till att gälla förståelsen av indikatorerna utifrån patientperspektivet och utelämnar övriga delar av indikatorarbetet, det vill säga personal-, organisations- och samhälleligt perspektiv. Begränsning görs även inom patientperspektivet genom att indikator nummer fem utelämnas vilken efterfrågar om mätning av hälsorelaterad livskvalitet bedrivs.

3.3 Frågeställning

- Hur tolkas, förstås och bedöms sjukdomsförebyggande respektive hälsofrämjande arbete av respondenterna?
- Hur mäts eller avgörs graden av uppfyllelse av indikatorer?
- Hur tolkas ett stödsystem för systematisk uppföljning?
- Vilka strukturerade metoder används för att ta tillvara patienters resurser?
- Hur tolkas ”sårbara grupper” och hur är arbetet med sårbara grupper organiserat?

Frågeställningen innebär att fokus riktas mot utvärderingen av förståelsen och processerna som ligger bakom svaren på indikatorerna.

4. Metod

Detta avsnitt ger först en översiktlig beskrivning av hur arbetsprocessen har förlöpt, följt av en teoretisk beskrivning av vald kvalitativ metod. Nästkommande avsnitt förklarar hur datainsamling har skett, följt av ett avsnitt med beskrivning av hur studieurvalet skett samt en beskrivning av

informanterna. Kapitel fyra avslutas med en beskrivning av analysmetod samt vissa etiska överväganden.

4.1. Metodgenomgång

Litteraturoversikt har genomförts inom ämnet med betoning på hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete inom den svenska hälso- och sjukvården. Sökning av litteratur genomfördes i Gunda samt databaserna cinahl, pubmed samt svemed+ under mars och april månad 2008, liksom att relevant material söktes på svenska myndigheters och nätverkets hemsidor. I samband med detta söktes även definitioner av begreppen "hälsofrämjande" och "sjukdomsförebyggande", se vidare kapitel fem. Därefter gjordes en teoretisk anknytning där utvärderingsteori av Evert Vedung (2006) användes som angreppsteori för bedömning av kvaliteter. Genomgång av kvalitativ metod med betoning på intervjuer följde, varpå en intervjuguide (bilaga 2) upprättades inför intervjuerna med företrädare för ett antal medlemssjukhus inom nätverket. Dessa intervjuades under april och maj månad varpå transkribering och analys av data skedde. Det analyserade materialet diskuterades därefter utifrån empirin och teorin varpå vissa skillnader och likheter påvisades.

4.2 Teoretisk bakgrund

Uppsatsen är en kvalitativ, semistrukturerad intervjustudie med syfte att göra en processutvärdering (Vedung 2006) och söka skillnader i förståelse och tillämpning av hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete på utvalda sjukhus. Processerna inom sjukhusen kommer att vägas mot på förhand uppsatta kriterier på respektive indikator för att skapa transparens i bedömningskriterier mot vilka värdering sker. Detta kan ses som en normering av verksamheternas arbete, men är inte avsett som ett avgörande om man gör saker rätt eller fel utan snarare som ett redskap för att metodiskt studera skillnader och likheter. Är sjukhusen samstämmiga över hur man förstår indikatorerna och det hälsofrämjande arbetet eller finns det skillnader dem emellan?

Den kvalitativa intervjumetoden baseras på litteratur i ämnet och i första hand används Kvale (1997) och Dahlgren, Emmelin & Winkvist (2004). Intervjuer som metod är kvalitativ, men analysen av data kan ske på både kvalitativt- och kvantitativt sätt (Dahlgren med flera 2004). I detta fall sker analysen kvalitativt, se nedan 4.4. Kvale(1997) beskriver intervjuer som bedrägligt enkla att utföra för den oinvidiga, vilket i senare studiefaser kan resultera i metodologiska dilemman. Kvalitativ metod syftar till att uppnå förståelse av informanternas livsvärld, det vill säga deras förståelse och erfarenhet av vardagen (Kvale 1997). Dahlgren med flera (2004) skriver att metoden dessutom kan ge nya perspektiv på det studerade fenomenet. Graneheim och Lundman (2004) intar positionen att verkligheten kan tolkas olika beroende på subjekt varför både intervjuer i sig och det transkriberade materialet kan tolkas olika beroende på uttolkare. Genom strävan efter metodologisk transparens ges ändå läsaren möjlighet att själv avgöra relevansen och tillförlitligheten i rapporten. Intervjuer kan ses som en social företeelse där relationen mellan forskare och informant har stor betydelse för de uppkomna resultaten samt att intervjuer är ett samtal, en dialog, mellan personer med intresse för visst ämne (Kvale 1997). Kvale (1997, s. 135) beskriver att i den ideala intervjun bör betydelsen av det som sägs vara "... tolkat, verifierats och förmedlats..." när intervjun avslutas. Denna målsättning var eftersträvansvärd även i föreliggande intervjuserie genom att frågeområden överensstämde med syftet i möjligaste mån och analys och återkoppling till informanter skedde parallellt med intervjuerna. Transkribering av inspelade intervjuer anses vara ett kriterium för upprätthållandet av vetenskaplig metod samt kvalitet, och det finns olika sätt att praktiskt göra detta på, vilka sinsemellan kan ses som givande olika sorters kartor av samma landskap och där ingen är mer sann än den andra (Kvale 1997). Oavsett metod för transkribering och grad av noggrannhet bör även det utskrivna materialet ses som en tolkning

av empirin då val tvingats göras för hur transkriberingen faktiskt skall göras och vad som utelämnats, till exempel ickeverbal kommunikation (Kvale 1997).

4.3 Intervjumetod

Intervjuerna har varit semistrukturerade och utgått från en intervjuguide (bilaga 2) med uppställda frågor inom respektive frågeställning. Guiden var tänkt som en vägledning för att hålla samtalet inom för uppsatsen relevanta frågeställningar, men avsikten var inte att den skulle följas slaviskt från början till slut i uppställd ordning. Frågorna konstruerades i avsikt att vara korta, lättbegripliga och öppna och locka till det som Kvale (1997, s. 123) beskriver som "... spontana beskrivningar..." och "... mindre spekulativa förklaringar till att något ägde rum.". Intervjuerna, fyra till antalet, ägde rum på av informanterna vald plats för att skapa bästa möjliga förutsättningar för att de skulle känna sig bekväma med samtalsmiljön, och de skedde under april och maj månad 2008 med några dagars mellanrum. Valmöjligheten för informanterna angående lokalfrågan är ett sätt att hantera maktasymmetrin som de facto förekommer under en intervjusituation (Kvale 1997). Intervjutillfället har föregåtts av ett brev med information om bakgrund och studiesyfte, utom i ett fall. Informerat samtycke har muntligt eftersträvats inledningsvis i samband med intervjun efter att syftet med studien redogjorts för ännu en gång tillsammans med förklaringen av upplägget av intervjun. Det har även betonats att rapporteringen inte har för avsikt att röja deltagarnas namn eller organisatoriska tillhörighet. Intervjuerna spelades in med en digital diktafon och varade mellan en och en halv och nästan två timmar.

4.4 Urval och studiepopulation

Urvalet har gjorts enligt det så kallade bekvämlighetsförfarandet, convenience sample, vilket Trost (2007, s. 31) beskriver som att man "... tager vad man haver ...", det vill säga tar de informanter, som är möjliga att engagera. Det innebär även att det är ett icke slumpmässigt urval. Urvalet av sjukhus har gjorts med hänsyn tagen till uppsatsens tids- och resursmässiga begränsningar, och kontakt har skett med sjukhus inom sydvästra och södra Sverige. Kontaktpersoner på respektive sjukhus har sökts på nätverkets hemsida (nätverket, a) och viss geografisk och organisatorisk spridning har eftersträvats för att ge en god datafångst. Dessa personer har därefter kontaktats per telefon och förfrågan ställts om möjlighet och intresse till att medverka i en intervju. Urvalet har begränsats till maximalt fem intervjuer men förhoppningen har varit att detta skall ge tillräckligt med data och eventuellt mättnad. Med hänsyn tagen till urvalsmodellen, blir diskussionen om bortfall inte riktigt relevant, men de sjukhus som tackade nej till medverkan hänvisade till kort tid som nätverksmedlem eller personliga skäl. Urvalet uppgick till slut till fyra intervjuer totalt.

Intervju nummer ett skedde på ett sjukhus som kan betecknas som medelstort med en personalstyrka om strax över 1000 personer. Sjukhuset har geografisk närhet till ett universitetssjukhus men har ändå en bred egen verksamhet. Intervjun genomfördes i april månad och skedde i ett konferensrum på sjukhuset med nätverkets kontaktperson och en processekreterare. Dessa båda kvinnor har tidigare arbetat i vården som barnmorska respektive sjuksköterska och är i övre medelåldern. Samtalet ägde rum på förmiddagen och pågick under drygt 90 minuter, vilket resulterade i elva sidor utskrivet material med enkelt radavstånd. Stämningen skulle av rapportören beskrivas som inledningsvis lite spänd, kanske beroende på författarens egen bristande intervjurutin, men lättande efterhand vartefter tiden led. Kontaktpersonen hade varit aktiv i indikatorarbetet en längre tid och verkade tycka att det var en bra process för att självvärdera sig själv. Detta var för övrigt den enda intervjun med fler än en respondent.

Den andra intervjun skedde i en lokal utanför sjukhusmiljön, och respondenten, en kvinna i medelåldern, var både kontaktperson och processledare för ett sjukhus som är marginellt större än föregående. Detta sjukhus tillhör en annan landstingskommunal organisation, vilket även föranledde att samtalet hamnade på flera nivåer. Sjukhuset ligger i en medelstor stad med omgivande landsbygd. Respondenten har tidigare arbetat i många år på sjukhus, och både hon och sjukhuset har varit med i nätverksarbetet en längre tid. Intervjun varade i 105 minuter, och det utmynnade i strax över 17 sidor transkriberat material. Samtalet kan betecknas som lättsamt men fokuserat, där en bred bild gavs av det hälsofrämjande arbetet och dess struktur både lokalt och regionalt.

Intervju tre ägde rum i en konferenslokal i den administrativa enheten på ett sjukhus med några tusen anställda (<5000) beläget i en medelstor inlandsstad. Även här var informanten kvinna och i övre medelåldern. Hon hade tidigare arbetat som sjukgymnast på det aktuella sjukhuset och var nu kontaktperson mot nätverket. Detta sjukhus var det som, av de fyra intervjuade, hade kortast medlemstid i nätverket, vilket informanten även betonade både vid bokningen av intervjun och vid själva mötet. Författaren ansåg dock att det fanns intresse av sjukhus med olika lång tid som medlemmar i nätverket. Samtalet skedde relativt obehindrat, och tidigare nämnda medlemstid kompensades av exemplifieringar och tankar om det tidigare respektive det fortsatta arbetet med hälsofrämjande sjukhus. Samtalet varade i 86 minuter och resulterade i 14 sidor text.

Den sista intervjun ägde rum första veckan i maj och hölls i informantens kontor, beläget på en mottagningsenhet på sjukhuset. Respondenten, en yngre kvinna, är yrkesverksam dietist, vilket hon även praktiserar parallellt med processledaransvaret för det hälsofrämjande arbetet på sjukhuset. Verksamheten är den minsta av de fyra och är belägen i en småstad med närhet till större städer samt ett universitetssjukhus. Sjukhuset har varit medlem i nätverket några år. Intervjun pågick i 95 minuter, vilket ledde till 15 sidor transkriberat material och även här flöt intervjun fram lättsamt och i en bra takt.

4.5 Analysmetod

Inspelat material transkriberades av författaren snarast möjligt efter intervjutillfället. Den egenhändiga transkriberingen skapade en god kännedom om intervjuernas innehåll, vilket kan ses som ett sätt att höja kvaliteten och förbättra validiteten då författaren även utförde intervjuerna. Inspelat material sparades med avsikten att förstöras efter godkänd rapportering. Metoden för utskrift var att fokusera på intervjuernas manifesta innehåll och för studiesyftet relevanta i fråga om förståelse av hälsofrämjande arbete. Det manifesta beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som de synliga och uppenbara komponenterna i en texts innehåll, till skillnad från det latent, vilket kan innehålla alternativa tolkningar av meningen i uttalanden. Intervjuerna skrevs ut med strävan efter att få det så ordagrant som möjligt, men utelämnade ljud och ord som inte tillförde någonting av väsentlig karaktär, liksom hummanden och liknande. I vissa fall nödgades författaren dock vara pragmatisk och förvandla talets ordföljd till en skriftmässig dito. Texten transkriberades utan versaler men med viss interpunktion, främst kommatecken, vid tydliga pauser i talet. Kvale (1997) påpekar att pauser kan noteras på olika sätt, men valet i föreliggande rapport är att kommatecknet får signalera paus av både kortare och längre slag. Intervjuarens frågor skrevs med mindre noggrannhet men tillräckligt tydligt för att förstå sammanhanget utifrån frågeguiden (bilaga 2). Detta kan ses som gående på tvärs med intervjuer som social företeelse (se 4.2) där kunskap uppkommer i dialog mellan olika personer. Dock gav denna medvetna begränsning av utskriften ändå tillräckligt med material för att möjliggöra avsedd analys.

Genomläsningar av de utskrivna texterna, analysenheterna (Graneheim och Lundman 2004), gjordes upprepade gånger varefter en läsning gjordes där ledtrådar för studiens frågeställningar söktes. Dessa ledtrådar, vilka Graneheim och Lundman (ibid.) betecknar som meningsenheter,

alternativt meningsbärande enheter, sammanställdes till ett dokument under respektive frågeställning, och de fyra intervjuerna slogs samman till en text, med noteringar om vilken informant som sagt vad. Bibehållandet av noteringen underlättade att kunna göra en förflyttning från de utklippta citaten, meningsenheterna, åter till analysenheten, för att inte meningsenheterna helt skulle förlora sitt sammanhang i helheten i intervjun. Detta följdes av en förkortning, kondensering (ibid.), av meningsenheterna med strävan efter att ändå behålla kärnan i de olika uttalandena. Det kondenserade materialet sammanställdes till ett dokument, fortsatt sorterat under studiefrågorna men utelämnande informantinformation. Författaren grupperade därefter materialet under olika innehållsområden (ibid.), textområden som handlade om likartade ämnen. Viss omgruppering kunde sedan ske då uppkomna mönster framträdde i materialet vilket indelades i kategorier (Graneheim och Lundman 2004). Kategorier betecknar Graneheim och Lundman (ibid.) som något som beskriver det manifesta innehållet i en text. Strävan görs att kategorier skall ha den beskaffenheten att inga data hamnar mellan två kategorier eller platsar i mer än en kategori (ibid.). Graneheim och Lundman skriver dock att texter som handlar om upplevelser inte alltid låter sig indelas så kategoriskt, vilket författaren i föreliggande rapport hävdar även gäller förståelse och tolkningar av det hälsofrämjande arbetet.

4.6 Etik

Forskning skall, för att vara etisk, fylla något syfte vilket kan vara explorativt eller deskriptivt och det är oetiskt att forska på ämnen med exakt samma frågeställningar som andra författare ägnat sig åt. Studier kan även påverka omgivning eller informanter på ett inte alltid önskat sätt och som inte självklart kan förutses innan publicering. I föreliggande uppsats har intervjupersonerna anonymiserats och vid beskrivningen av dem och resultaten har strävan gjorts att minska risker för igenkänning och möjligheten att informanterna skulle lida skada.

5 Teoretisk anknytning och kriterier för utvärdering

Detta avsnitt beskriver för uppsatsen relevanta teorier och begrepp och inleds med att ge en förklaring av processutvärdering enligt Vedung (2006) och följs av kriterier för bedömning av indikatorprocessen inom sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

5.1 Angreppssätt för utvärderingen enligt Vedungs utvärderingskriterier.

Vedung (2006, s. 397) definierar utvärdering som en ”... careful assessment of the merit, worth, and value of content, administration, output, and effects of ongoing or finished government interventions ...” vilken skall resultera i att beslutsfattare och andra sakägare i framtiden skall kunna fatta riktiga beslut och agera ansvarsfullt. Janlert (2000, s. 351) skriver att utvärdering är en ”... systematiskt utförd bedömning och värdering av en process eller ett resultat ...”. Utvärdering är alltid tillbakablickande, men syftet är att resultaten skall leda till mer rationella beslut framöver (Vedung, 1998). Vedung (2006) skriver vidare att utvärdering både är datainsamling och –analys, men även bedömning av data mot någon form av värdekriterium för att kunna avgöra ett programs för- och nackdelar. Inom ramen för Vedungs (2006) ”eight problems approach to evaluation” är punkt nummer tre att bestämma vilka normer eller värden som man skall relatera data till. Hur sätter man standard och hur bestäms huruvida man är framgångsrik i sitt arbete eller ej? En underrubrik till punkt tre är det så kallade processkriteriet vilket innebär att balansera olika mål, professionella standarder och effektivitet mot demokratiska värden såsom klientinvolvering eller medbestämmande. Att göra detta är dock främst en uppgift med politiska undertoner (Vedung 2006). Janlert (2000) å sin sida skiljer mellan summativa (resultat-) utvärderingar, och formativa (process-) utvärderingar där den senare innebär ett lärande av erfarenheter från utvärderingen och försök att hitta lösningar på eventuella problem.

En utvärdering kan ske på olika organisationsnivåer samt i olika steg i processen från inflöde via den faktiska verksamheten till någon slags output. Output resulterar sedan i olika effekter som kan betecknas som omedelbara, intermediära samt slutliga vilket skall ses som interventionens eller implementeringens resultat (Vedung 2006). En utvärdering kan alltså ha olika fokus, och nyss beskrivna process, in- till output, ingår i systemtanken, där de olika delarna skapar en helhet (Vedung 2006). Föreliggande uppsats antar uppgiften att genom att framlägga kriterier och värden som är relevanta balansera det i intervjuerna framkomna och göra en värdering av hur väl man når upp till dessa standarder. I denna utvärdering fokuseras på hur förståelsen avseende indikatorerna kan ses. Indikatorer i sig kan ses som ett instrument (se 2.2) som speglar vilken förståelse respektive tolkning som finns av dessa i kombination med lathunden och egen kunskap (läs: individuell och i organisationen). Analysen, i föreliggande rapport, sker genom att insamlad data jämförs inom respektive indikator avseende hur man har svarat på intervjufrågor. Kriterier för kvaliteter kommer att jämföras med svarsalternativen och en bedömning kommer att ske av hur respektive sjukhus uppfyller dessa kriterier och om det föreligger skillnader i förståelse av indikatorerna

5.2 Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården

Stycke 5.2 överensstämmer med delar av den första punkten i uppsatsens frågeställning och behandlar tolkning av sjukdomsförebyggande insatser vilket är delmål 1B i indikatorenkäten (bilaga 1). Sjukdomsprevention definieras av Nutbeam (1998) som att förhindra att sjukdom uppstår, förhindra sjukdomsutveckling samt minska redan manifest sjukdoms konsekvenser. Detta är analogt med Janlerts (2000) definitioner primär-, sekundär- och tertiärprevention. Sjukdom beskriver Janlert (2000) som ett svårdefinierbart begrepp vilket kan beskrivas statistiskt, biologiskt eller på annat sätt. Han visar även på semantiska brister i det svenska begreppet och exemplifierar med engelskans disease (av professionen definierad sjukdom), illness (självupplevd ohälsa) samt sickness (självpåtagen sjukroll) (ibid.). Av dessa är disease det som ligger närmast det svenska, biomedicinska sjukdomsbegreppet. Larsson (2005) föreslår för preventiva insatser begreppen högrisk- och befolkningsstrategi som möjlig förebyggandetaktik. Högriskstrategi riktar sig till personer med förhöjd risk att drabbas av sjukdom och sker genom identifiering (screening) samt individuell behandling. Befolkningsstrategin har den ”preventiva paradoxen” som underliggande resonemang, det vill säga att det är mer effektivt att behandla hela populationen under risk än att bara välja ut högriskindividerna (Rose 1992). Nätverket definierar sjukdomsförebyggande som förhindrandet av uppkomst av specifika sjukdomar genom primär- och sekundärprevention (Bilaga 1). Detta arbete baseras på kunskap om etiologi och riskfaktorer samt inkluderar identifierandet av riskgrupper med extra fokus på levnadsvanor.

Nutbeam (1998) definierar hälsofrämjande arbete som en process för att ge människor kontroll över samt förbättra sin hälsa. Han skriver även att kontrollen avser hälsans bestämningsfaktorer samt att hälsofrämjande kräver deltagande av dem som interventionen riktar sig till för att uppnå en hållbar utveckling. Grundläggande redskap för hälsofrämjande är att skapa hälsobringande policy, stödjande miljöer, stärkt ”community action” för hälsa, utveckla personlig kompetens och förmåga samt orientera hälso- och sjukvårdssystemen mot hälsofrämjande arbete (ibid.). En annan författare, Whitehead (2006), poängterar att hälsofrämjande och hälsoutbildning ofta används synonymt i klinisk verksamhet och forskning. Han menar att begreppen har kopplingar till varandra, men att begreppet hälsofrämjande har glidit i betydelse till att innebära en sociopolitisk process vilken syftar till att förändra sociala strukturer som påverkar hälsan (ibid.). Whitehead (ibid.) definierar hälsoutbildning som en mer begränsad hälsoinriktning och ett arbete vilket främst fokuserar på riskfaktorer förknippade med levnadsvanor, samt handlar om primär-, sekundär eller tertiärprevention. Hälsofrämjande interventioner kan ses som delvis överensstämmande med Larssons (2005) befolkningsstrategi där avsikten är att ge så många som möjligt i befolkningen redskap att hantera hälsa och ohälsa.

5.2.1 Preventiva program tillämpas

Indikator ett är en processindikator och nätverkets lathund (bilaga 1) definierar ett preventivt program som en rutin med angiven mål- eller patientgrupp, rådgivande eller motiverande samtal, resurspersoner inom organisationen, hänvisning eller remiss samt journaldokumentation. Emfas läggs på att preventiva program ”tillämpas”. Svartalternativen inom respektive kategori är fyra till antalet, se stycke 2.2, och berör i tur och ordning följande levnadsvanor: tobak, alkohol, övervikt, fysisk aktivitet, stressrelaterade problem samt övrigt. Detta överensstämmer enligt Socialstyrelsens (2005) kartläggning med WHO:s prioriterade områden i Europa inom området icke smittsamma sjukdomar. Exemplifiering av preventiva program i lathunden är rökslutarstöd, Fysisk aktivitet på Recept (FaR) och hälsoundersökningar för vissa åldersgrupper.

Socialstyrelsen (2005) frågar i sin kartläggning av hälsofrämjande hälso- och sjukvård, vårdcentraler om förekomsten av strukturer och rutiner inom levnadsvaneområdet. De strukturer som man pekar på är förekomsten av remissrutiner, dokumentation av rutin eller program samt att det finns för programmet ansvarig personal som ser till att det följs, utvärderas och uppdateras (ibid.). De kriterier som efterfrågas i deras enkät används i det följande som kriterier för analysen i denna uppsats:

Tobakspreventiva program, kriterier: kort rådgivning/motiverande samtal, samtal om hur rökning påverkar hälsan, speciella rökslutarstödspersoner, dokumentation i patientjournal, information om den nationella Sluta rökalinjen, rutiner som avser samarbete med annan vårdenhet som har rökavvänjare.

Alkoholpreventiva program, kriterier: fritt formulerad fråga ställs om patientens bruk av alkohol, samtal sker om hur alkohol påverkar hälsan, motiverande samtal förs med patienter med riskfylld alkoholkonsumtion, dokumentation i journal vid riskfylld alkoholkonsumtion, strukturerat frågeformulär, t.ex. AUDIT eller Cage, används för kännedom om patientens bruk av alkohol.

Matvanor, kriterier: information om vikten av regelbundna måltider, information om att äta allsidigt (t.ex. tallriksmodellen), samtal om hur fetter, frukt och grönt, socker, fibrer samt salt påverkar hälsan, samtalet dokumenteras i patientjournal, särskild metod för anamnes.

Fysisk aktivitet, kriterier: samtal om betydelsen av fysisk aktivitet för att förebygga ohälsa, samtalet dokumenteras i patientjournal, särskild metod för anamnes, ordination av fysisk aktivitet genom muntliga råd, ordination av fysisk aktivitet genom recept, ordination av fysisk aktivitet med remiss.

Överviktspreventiva program, kriterier: erbjudande om kostrådgivning, samtal dokumenteras i patientjournal, ordination av fysisk aktivitet, erbjudan av återkommande stöd av enhetens personal, särskild metod för anamnes.

Stressrelaterade problem, kriterier: patientens stressrelaterade problem dokumenteras i patientjournal, samtal med patienten om hur sömn, rökning, bruk av alkohol, fysisk aktivitet, matvanor samt livssituation (exempelvis familj, ekonomi och arbetssituation) påverkar hälsan, återkommande stöd av enhetens personal, särskild metod för anamnes, metod med självskattningsinstrument vid utredning av problem.

Övrigt preventivt program, kriterier: saknas i socialstyrelsens (2005) enkät till vårdcentralerna, men tänkbara kriterier skulle kunna vara frågor om våld i nära relationer, frågor om annan psykisk

instabilitet än stress (exempelvis depressiva perioder) eller annan förebyggbar bestämningsfaktor för hälsan.

5.3 Hur mäts indikatorerna

Nätverkets lathund (bilaga 1) stipulerar inga anvisningar för hur mätningprocessen skall gå till hos medlemmarna. Som förslag nämner man dock att, för att utveckla processen, man innefattar olika organisatoriska nivåer från ledning via klinikchefer till medarbetare. Whitehead (2006) nämner, liksom Lennie (2006), aktionsforskningsansats som en möjlig och framkomlig väg för införande och utvärdering av hälsofrämjande arbete för att uppnå empowerment, jämlikhet och organisatorisk förändring, vilket även kan underlätta införandet av effektiva arbetsmetoder.

5.4 Stödsystem för systematisk uppföljning finns

Frågan om stödsystem för systematisk uppföljning, indikator två, är en strukturindikator och nätverket nämner som exempel i sin lathund (bilaga 1) datoriserad journal och nationella kvalitetsregister.

5.5 Strukturerade metoder tillämpas för att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa

Indikator tre är en processindikator som efterfrågar metoder och att dessa tillämpas. Nätverket förklarar hälsofrämjande insatser som något som påverkar egenupplevd hälsa och hälsorelaterad livskvalitet (bilaga 1). Som metod för detta nämns motiverande samtal, problembaserat lärande och patientskolor. Empowerment kan ses som en metod i det hälsofrämjande arbetets och definieras av Nutbeam (1998) som en process genom vilken människor får kontroll över beslut och händelser som påverkar hälsan. Frågan är om och hur man tillämpar dessa metoder och i vilken mån patientens egenkraft tas till vara.

5.6 Stöd ges till individer eller grupper som lever med ökad sårbarhet

Indikator fyra är även det en processindikator och lathunden (bilaga 1) uppger exempel på detta såsom patienter som är socialt isolerade, har annan kulturell eller etnisk bakgrund eller uppvisar oro, uppgivenhet eller depression. Prioriteringsutredningen (SOU 2001:8) har satt som prioriteringsgrupp ett (1) akutsjuka, palliativ vård, svåra kroniska sjukdomar, sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller till för tidig död och de med nedsatt autonomi. Socialstyrelsen (2005) nämner i sin rapport följande exempel på specifika grupper som sjukdomsförebyggande program riktades till, ifall det inte skedde på en generell nivå: vissa åldersgrupper, gravida, småbarnsföräldrar, rehabiliteringspatienter, i behandling där x bedömts vara en speciell risk, patienter med specifika symtom och med ett antal diagnoser, misstänkt sjukskrivningsmönster, i livskriser, med indragna körkort, med misstanke om riskfylld konsumtion. I övrigt tycks det som om begreppet sårbara grupper saknar tydlig definition utan beror till stor del på uttolkaren.

6. Resultat

Resultatet av intervjuerna är uppdelad enligt tidigare formulerad indelning av frågeställning och kriterier. Varje stycke inleds med en kort genomgång av kategorierna, kursiverat, inom frågeområdet, följt av djupare beskrivningar av det sagda inom respektive kategori. Respektive stycke avslutas med en schematisk uppställning, tabell, av det analyserade materialet.

6.1 Hur tolkas, förstås och bedöms sjukdomsförebyggande respektive hälsofrämjande arbete?

Tolkningen av materialet utmynnade dels i beskrivningar av rubrikens båda begrepp och vad som lades i dem, men det framkom även tankar inom två andra kategorier: *strukturer för hälsofrämjande* och *ansvar*.

Sjukdomsförebyggande arbete tolkades av de flesta som att undanröja kända risker och sjukdomar orsakade av levnadsvanor, såsom tobak och alkohol, eller sekundärprevention. Man menade också att det sjukdomsförebyggande arbetet kunde vara hälsofrämjande, men att det inte alltid fanns en helt självklar koppling där emellan. Man ansåg även att nätverksarbetet kunde hjälpa till att konkretisera och visa vilken evidens som faktiskt finns inom fältet för att lättare få personalen att arbeta med dessa frågor som ett komplement till enbart traditionell behandling av manifest sjukdom. En informant gav vidare uttryck om att evidens kunde vara till hjälp för att komma bort från tankar om att arbete runt levnadsvanor är ett eget, fritt valt arbete, vilket även kan påverkas av eget tyckande framför evidens. Sjukdomsförebyggande arbete innebar även att lära patienter att se tecken på ohälsa, förvalta sin sjukdom samt förhindra återinsjuknande inom ramen för skolor eller grupper, det vill säga patientutbildning individuellt eller i grupp.

Hälsofrämjande betecknades av de flesta informanter som ett förhållningssätt, några beskrev det som att ta på sig nya glasögon i sitt dagliga arbete. Förhållningssättet innebar att fokus flyttades från det sjuka till det friska i patienten och att se människor holistiskt som sociala varelser inrymda i en social verklighet och kontext. Delaktighet och möjligheten att komma till tals i behandlingen betonades liksom att sjukvården har stora möjligheter att i mötet kunna påverka och främja patientens hälsa. Det hälsofrämjande arbetet syftade enligt vissa till att skapa egenkraft och hanterbarhet samt underlätta de goda valen för att öka livskvaliteten hos patienter och även hos personalen. Begreppet Kasam¹ var ett begrepp som togs upp som något man kunde hänga upp tankarna på angående hälsofrämjande arbete.

Strukturer handlar om att man i sitt arbete har en utarbetad systematik och ett genomtänkt arbetssätt som gynnar patienternas hälsa. Strukturer för hälsofrämjande arbete innebär organisation och procedurer i verksamheten. Dessa sågs som något som fanns eller inte fanns på sjukhusen inom området och som när de förekom kunde underlätta att visa vad som var viktigt att arbeta med och vad som prioriterades. Exempel på strukturer var att man hade alla steg klara från vem som arbetade med frågan, till upptäckt av riskbeteende, vidare till vägledning av patienten för att få hjälp och att journalsystemet stödde arbetet. En struktur kunde även få personalen att känna att de inte behövde vara specialister på allting inom området i egen person, utan hade kännedom och fick hanterbarhet om vart man kunde remittera patienten. Strukturerna ansågs tillsammans med personalens pedagogiska förmågor kunna ge en systematik i arbetet. Att vara ett rökfritt sjukhus kunde vara ett sätt att ha en struktur, vilken även markerade och signalerade att rökning och hälsoarbete inte hör ihop.

Ansvar rör vem som utför arbetet, till exempel ställer frågor om livsstilsvanor, och om patientens grad av delaktighet och roll inom hälso- och sjukvården. Inom ansvars kategorin framkom funderingar på vem som gör vad och var någonstans det sker. Vilken hälso- och sjukvårdens uppgift är och andra samhällsaktörers ansvar för befolkningens hälsa lyftes fram, liksom vilka delar av sjukhuset som skall arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. Ansvar handlade även om att makten förskjuts från hälso- och sjukvårdens aktörer till patienten och att sjukvården är expert på att bota och lindra, medan patienten är expert på sin egen hälsa. Sjukhusets personal blir därmed utbildare för att patienten skall kunna hantera sin uppkomna situation och kunna ta ansvar för sin behandling så att livskvaliteten ändå blir god.

¹ Begrepp myntat av Aaron Antonovsky och innebärande känsla av sammanhang - se vidare Hälsans mysterium, 2005

Nedan följer en tabell med de analyserade intervjuerna sorterade i kategorier och efter respektive frågeställning. Samma upplägg gäller för alla frågeställningarna som följer i följande avsnitt.

<u>Kategorier</u>	<u>Tolkning och förståelse av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande</u>
Sjukdomsförebyggande	Undanröja, medvetandegöra risker orsakade av levnadsvanor: rör på dig, sluta röka, sluta supa Kan främja hälsa men ej nödvändigt, liksom omvänt att hälsofrämjande kan minska sjukdom men ej säkert Lära sig att se tecken, förhindra återinsjuknande, förvalta sjukdomen Evidens; visa på och definiera vad som har effekt, konkretisera hälsofrämjande arbetet, ej valfritt arbete eller styrt av tyckande hos personalen
Hälsofrämjande förhållningssätt	Mötet är det viktigaste, medicinsk kompetens tagen för given, se människan bakom sjukdomen Fokus på patient: tas på allvar av vården, komma till tals, delaktighet Hälsofrämjande likhetstecken med livskvalitet Egenkraft främjas: empowerment, hanterbarhet, goda val Självupplevd hälsa fokuseras och holistisk syn på patient, patient som social varelse, kasam Personal har det med sig även privat, sprider det i samhället
Strukturer för hälsofrämjande	Uppföljning finns av screening/ frågeställningar till patient angående levnadsvanor, kunna vägleda rätt- personal behöver ej vara specialist på alla levnadsvanor Screeningformulär/ program finns generellt tillgängligt, alla får frågor om livsstil oavsett besöksorsak Att ge signaler utåt genom att vara rökfritt sjukhus, markering av policy Visa på och vara konkret—vad är viktigt/ prioriteras i verksamheten? Systematik i arbetet finns; genom till exempel broschyr, nedskrivna rutiner/ vårdkedjor, journalsystemet används, inskrivningsmallar som går igenom om levnadsvanor Hårda strukturer möter personalens pedagogiska kunskap vilket ger systematik i arbetet Ostrukturerat arbete sker ibland Skolor för patienter och anhöriga: t.ex. hjärtskola
Ansvar	Vårdens uppgifter och andra samhällsaktörers ansvar för befolkningshälsan, vårdkedjor finns utarbetade Vem tar ansvar för att främja hälsa och stödja patient: eldsjäl, livsstilmottagningar eller generellt på sjukhuset? Att arbetet verkligen sker någonstans inom sjukhuset, inte blir att man lutar på att någon annan gör jobbet Maktförskjutning, från vården till patienten: delaktighet, du är experten på din hälsa, sjukvården är experter på att bota och lindra samt utbildare för din nya situation Egenansvar måste tas för att förbättra hälsa, t.ex. rehabilitering där följsamhet av ordinationer är avgörande

6.2 Hur mäts eller avgörs graden av uppfyllelse av indikatorerna?

Uppfyllelsen av och processen med indikatorenkäten varierade till viss del mellan sjukhusen och en viss differens verkade även förekomma beroende på sjukhusens medlemstid i nätverket. De kategorier som framkom inom frågeställningen berörde *formen* av processen, *noggrannheten* i värderingen och *jämförelser*.

Formen var organiserad på något sjukhus som ett arbete som skedde i en arbetsgrupp. På ett annat sjukhus gick kontaktpersonen fysiskt ut till avdelningarna och mottagningarna och diskuterade

med verksamhetscheferna vilket samtidigt gav ett tillfälle att konkretisera det hälsofrämjande arbetet. Ett sjukhus skickade ut enkäten till avdelningarna och gjorde därefter en sammanställning av resultatet. Inget av sjukhusen tycktes ha en mer utvecklad form för diskussioner och lärande med bredare personalgrupper.

Noggrannheten i sammanställningen av insamlat material från avdelningarna skedde på ett sjukhus statistiskt genom uträkning av procent och andelar av hur många som exempelvis svarat ja eller nej. Det framkom även att diskussioner och konsensus fick avgöra det slutgiltigt inskickade materialet. En frågeställning som flera informanter lyfte var om det hälsofrämjande arbetet skulle ske eller kunde ske på alla avdelningar eller ej samt hur man då skulle bedöma sjukhusets prestationer. Följdfrågan blev om man borde räkna bort dessa avdelningar eller ej vilket av någon betecknades som att klura fram enkätsvar. Noggrannhet handlade även om graden av stränghet och tydlighet gentemot sig själv och sjukhuset i hur man bedömde sitt arbete och sina strukturer. Ökad kunskap och insikt i vad som var möjligt att göra och hur arbetet skulle kunna organiseras, skapade ifrågasättande av det som man uppnådde i sin verksamhet. Någon berörde även att enkätarbetet för tillfället främst kartlade redan existerande verksamheter och inte syftade till att skapa nya arbetsuppgifter för personalen. Det gavs uttryck för att mycket hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete redan utfördes taktilt inom organisationen. En informant bedömde ett ja som något som skedde mer eller mindre regelmässigt där antalet patienter inte var det viktiga utan snarare att behovet tillgodoseddes när det uppstod.

Jämförelser rörde jämförelser inom eget och visavi andra sjukhus över tid för att se trender i arbetet. Jämförelser, ansåg en informant, gav möjligheter att rikta in det fortsatta arbetet med verksamhetsutveckling mot vissa områden och vad man kunde förbättra. En annan informant lyfte frågan om huruvida lägre eller högre resultat verkligen betydde att man var bättre eller sämre, eller om det snarare skulle ses som att man ändrat sina bedömningskriterier eller blivit hårdare mot sig själv. Det framkom även att processen med enkätarbetet inom lokala och nationella nätverk bidrog till att göra självutvärderingen till något mer än bara en pappersbit som man fyllde i årligen. Istället kunde man diskutera med andra sjukhus hur de bedömde eller lyckades med vissa svåruppfyllda indikatorer.

Kategorier

Metoder för analys av uppfyllelse av indikatorer

Form	Inlagt i årsbokslut och styrkort: enkät utskickad till avdelningarna Arbetsgrupp i administration arbetar med enkäten Enskilt samtal med avdelningschefer; låter dem tolka och exemplifiera följt av diskussion Utskickad enkät svår att förstå och tolka för avdelningar Mindre utvecklat att sitta ner på avdelningar och diskutera Enkät tillfälle sprida kunskap i verksamheten om hälsofrämjande arbete samt konkretisera vad arbetet och nätverket går ut på
Noggrannhet	Sammanställningar av totalresultat sker genom sammanvägning av mottagningars inlämnade/ inhämtade resultat Konsensus och diskussion om hur sammanställa totalt Statistisk uträkning andelar, procentuellt av hur stor del av mottagningar som utför hälsofrämjande arbete Skall hälsofrämjande ske på vissa kliniker eller på alla? Kan alla, ska alla, bör alla göra visst arbetet eller ha alla komponenter? Räkna bort verksamhet som inte kan/ bör/ skall ha viss komponent: klura fram enkätsvar Stränghet gentemot sjukhuset, tydlighet i arbetet skall finnas; strukturer, nedskrivna dokument, rutin inarbetat Tankarna utvecklas kring det hälsofrämjande arbetet Ökad självkunskap ger ifrågasättande av vad som görs på sjukhuset: ser vad som skulle kunna göras och brister i egen struktur

	<p>Taktill kunskap: arbete utförs redan även om dokumentation saknas i rutiner och journaler</p> <p>Kartlägger främst redan existerande verksamhet: inget nytt arbete skall läggas på avdelningarna</p> <p>Vad innebär ett "ja" eller "att tillämpa" något?</p> <p>Något sker mer eller mindre regelmässigt</p>
Jämförelser	<p>Intern jämförelse över tid visar på trender</p> <p>Extern jämförelse mellan sjukhus och tid</p> <p>Processarbete med enkät, mer än bara en årlig enkät; diskussion och jämförelser med andra sjukhus inom region och nätverk</p> <p>Är ett lägre eller högre resultat att man är sämre eller bättre? Eller snarare att man är hårdare/ tydligare mot sig själv?</p> <p>Jämförelser ger möjlighet styra arbetet vidare, vad förbättra i verksamhet</p> <p>Enkät visar på hur inriktningen skall se ut för det hälsofrämjande arbetet, vilka är fokusområdena?</p>

6.3 Hur tolkas ett stödsystem för systematisk uppföljning?

Stödsystem för systematisk uppföljning kategoriserades i rubrikerna *journalen*, *mätningar*, *strukturer för uppföljning* och *kvalitetsregister*.

Utsagor inom kategorin journalen skulle kunna ha underkategorierna sökning respektive dokumentation. Den förra handlar om att informanter såg journalen som ett redskap där etablerade sökord för det hälsofrämjande arbetet kunde göra det enkelt att fylla i korrekt oavsett var man har sin tjänst för dagen. Sökord för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete behövde anpassas och förbättras så att man lättare kunde se vad som gjorts för patienter och patientgrupper samt vad man bör satsa på framöver. Sökorden underlättade även framtagandet av statistik ansåg vissa informanter. Dokumentation inrymmer att journalen förs korrekt och registrering faktiskt sker av hälsofrämjande arbete samt att dokumentation ger bättre möjligheter att följa upp patienter mellan olika avdelningar och vårdnivåer. En informant uppgav att motiverande samtal är något som, eftersom det kan ske lite hela tiden, inte dokumenteras specifikt. Någon kopplade även dokumenteringen till ersättningsystemen då exempelvis fysisk aktivitet på recept ger intäkter. Det var avseende journalsystemet till viss del olika signaler som gavs angående var problemet ligger med att kunna ha en fungerande dokumentation. Någon informant angav att det kan bero på människan som skall fylla i journalen, medan en annan uppgav att det snarare är frågan huruvida det just nu är viktigast att prioritera inläggandet av hälsofrämjande arbete i IT-systemet.

Kategorin mätningar behandlar kvalitetssäkring av utfört arbete samt verksamhetsutveckling. Ett sjukhus nämnde huruvida broschyrer eller information inför operation ger någon effekt på patienternas beteende och hälsa eller ej. Det blir ett system för att se om det man gör faktiskt ger resultat. Ett annat sjukhus betonade vikten av hälsovinstmätningar för att både utveckla verksamheten och patientarbetet. Man såg vikten av att koppla instrument som SF36, mätning av patientupplevelser, till vårdprocessen och hur livskvaliteten förändras under och efter behandling.

Även frågan om stödsystem rymmer en strukturkategori, även om journalen givetvis också kan ses som en struktur. Strukturer för systematisk uppföljning rymmer levnadsvanebroschyrer vilka ger möjlighet att fördjupa diskussionen om vissa levnadsvanor i patientmötet. Man nämnde även att checklistor kan behövas initialt innan det hälsofrämjande arbetet sker med större automatik. Ett sjukhus tyckte att ett väl utvecklat samarbete med externa utförare och andra vårdnivåer, samt att utvecklade system för vidare remittering, efter exempelvis screening, kan ses som stödsystem för uppföljning. Något som även uttrycktes, av en informant, var tanken att det skall finnas strukturer för uppföljning av regionala och lokala mål och budget, exempelvis viss sjukdomsförebyggande åtgärd, samt att det finns en röd linje genom alla organisationsnivåer i det hälsofrämjande arbetet.

Den sista kategorin är kvalitetsregister för uppföljning där man uttryckte att jämförelser kan ske både internt och externt hur man ligger till i vissa sjukdomsgrupper. Där såg man möjligheten att koppla mätning av hälsorelaterad livskvalitet till kvalitetsregister för jämförelser om vårdinsatser ger någon effekt. En informant ansåg att kvalitetsregister rätt utnyttjade visar vad sjukhuset bör satsa på och prioritera lokalt, en form av kartläggning av hälsoläget.

<u>Kategorier</u>	<u>Tolkningar av stödsystem för systematisk uppföljning</u>
Journalen	Sökord finns och är samma regionalt, personal är ej stationär Sökmöjligheter för statistik angående patienter/ -grupper, visar vad man bör satsa på, receptuppföljning av t.ex. FaR Dokumentering ger ersättning vid utförd ”pinne”, d.v.s. patientbesök Dokumentation ger patientuppföljning; mellan läkare, mellan avdelningar, mellan vårdnivåer, mellan besöksstillfällen över tid Svaga rutiner för dokumentation Journalerna förs korrekt, registreringar sker Människa bakom journal problemet; fyller inte i, ovilja It-systemet problemet, är det något ska prioriteras/ viktigast just nu att få in hälsofrämjande processer i it-systemet? Motiverande samtal är något som sker hela tiden, ej bokfört eller utfört specifikt tillfälle
Mätningar	Ger broschyr eller preoperativ information effekt, slutar patienter röka Kvalitetssäkra verksamheten genom att se vad som görs Hälsovinstmätning → utveckla 1) verksamhet 2) patientarbetet SF36: patientupplevelsen kopplas till vårdprocess; hur förändras livskvalitet efter viss behandling
Strukturer för uppföljning	Levnadsvanebroschyrer kan ses som stödsystem, fördjupa diskussion om vissa levnadsvanor i materialet med patient Checklistor i patientmötet vad ta upp för främja hälsa: initialt innan taktill/ automatik i arbetet Vart skicka patienten efter screening Måluppföljning: budget och regionmål avseende t.ex. viss sjukdomsförebyggande fråga eller folkhälsa Regional modell för hälsofrämjande arbete, röd linje hela vägen genom organisationsnivåer Samarbete utarbetat med externa utförare och andra vårdnivåer: vårdkedjor finns
Kvalitetsregister	Jämförelser sker internt hur man ligger till lokalt och jämfört med andra sjukhus och regioner Hälsorelaterad livskvalitet jämförs med uppgifter i register, förbättras upplevd hälsa av vårdinsatser? Pekar på vad som är viktigt att prioritera

6.4 Vilka strukturerade metoder används för att stimulera och tillvarata patienters kraft och initiativ?

Strukturerade metoder för att öka patienters kraft innebär fokus på de hälsofrämjande processerna i sjukhusets arbete och mindre på de sjukdomsförebyggande. De kategorier som uppstod i analysen var *motiverade samtal*, *skolor* och *strukturerat omhändertagande*.

Motiverande samtal sågs av en informant som något som pågick hela tiden i patientnära verksamhet och inte något som man specifikt satt ner och gjorde eller bokade tid för. Mötet med individen och samtalet betonades liksom att ha ett intresse av att se att det gick väl för patienten, där man ser patienten som en hel människa. Det motiverande samtalet syftade till att skapa och motivera till förändring av levnadsvanor som påverkar hälsan. Några informanter betonade sina satsningar på utbildning för personalen i motiverande samtalsteknik, och såg betydelsen av att en stor del av personalen skulle ha åtminstone en viss orientering i ämnet.

Skolor, det vill säga patientskolor individuellt eller i grupp, var en kategori som betonades olika starkt av informanterna och vissa såg det som metoder för att skapa kraft, medan andra informanter tonade ned skolorna och ansåg att det var något som alltid funnits i vården och inte var ett specifikt koncept kopplat till nätverksarbetet. Skolorna sades främja egenarbetet med patientens hälsa och även om den faktiska hälsan inte alltid förbättrades så kunde den upplevda hälsan gynnas genom bättre hanterbarhet och självkänsla, det vill säga empowerment. Något som flera informanter pekade på var stödfunktionen som kunde ges från både medpatienter eller från sjukhusets personal. Personalen blev mer en medmänniska med en speciell, alternativt visst mått av, kompetens att ge till patienten, än en biomedicinsk specialist. Man lyfte även betydelsen av anhöriggrupper för att ge dessa, för patienten viktiga personer, redskap att hantera den uppkomna situationen och att undvika förnekelse eller överbeskyddande av patientens besvär. Någon informant frågade sig även vad skolorna gav för resultat, en fikastund med information eller mer bestående kraft och initiativ för patienten.

Sista kategorin inom frågeställningen var strukturerat omhändertagande där olika hjälpsystem kunde underlätta det hälsofrämjande arbetet på sjukhusen. En sak som togs upp på ett sjukhus var rökslutarbroschyr inför operation. Denna skulle även kunna ges i tidigare steg i vårdkedjan, exempelvis inom primärvården, till patienter som remitteras till sjukhuset innan man egentligen vet huruvida det är aktuellt med operation eller ej. Man såg det som ökad styrka om samma material återkom i flera led inom vården som en röd tråd. Andra strukturer i omhändertagandet som nämndes var mer manifesterade rutiner eller checklistor, till skillnad från taktisk kunskap, som kunde organiseras i journalsystemet eller liknande. Någon pekade på betydelsen av att det hälsofrämjande arbetet, såsom motiverande samtal, kunde ge ”pinnar” (slang för patientbesök) i vissa regioner vilket ger monetär ersättning och kopplade detta till att människor ofta tillskriver det som ger pengar större värde och ökar personalens motivation att utföra vissa sysslor.

<u>Kategorier</u>	<u>Metoder för att tillvarata kraft och initiativ hos patienten</u>
Motiverande samtal	Motivera till förändring avseende livsstil Samtalet pågår hela tiden, inget man sitter ner och gör specifikt Mötet och samtalet det viktiga, att se och vara intresserad av patientens förbättring, se patient som människa
Skolor	Tillvarata kraft och främja egenarbete med hälsa, även om objektiv hälsa ej förbättras så kan subjektiv hälsa förbättras Stöd: från sjukhuset, från medpatienter, vårdpersonal är medmänniska med special/ visst mått av kompetens Empowerment: kunskap hur tackla sin situation, information ger kraft Anhörig och föräldragrupper; ge redskap hantera ny situation, varken förneka eller överbeskydda patientens åkommor Skolor har alltid funnits i vården: ej specifikt hälsofrämjande nätverkskoncept, kunna handla om mer än hjärt- kärlsjukdom Vad ger information och skolor för något? Vad ger det för resultat: kraft eller en informationsstund med fika?
Strukturerat omhändertagande	Rökslutarbroschyr inför operation; kan ges på sjukhuset eller tidigare i vårdkedja t.ex. primärvård vilket ger röd tråd Rutiner eller checklista finns eller finns inte (jmf taktisk kunskap, fråga 2) Diagnoskod hälsofrämjande arbete ger ”pinnar”, vilket ger ersättning: det som ger pengar har större värde och ger mer motivation för personal att utföra

6. 5 Hur tolkas ”sårbara grupper” och hur är arbetet med dessa organiserat?

Kategorier inom frågeställningen sårbara grupper blev dels vissa grupper och dels *organiseringen* av detta arbete.

Anhöriga nämndes som en viktig, sårbar grupp och det som betonades var barn i första hand. Det man tänkte på handlade om barn till missbrukande föräldrar, barn till psykiskt sjuka föräldrar och barn i utsatta familjer. Någon nämnde att hälso- och sjukvården hade kunskap om att uppväxt i dessa förhållanden kunde vara en riskfaktor för senare ohälsa, främst psykisk, varför hälsofrämjande arbete med dessa barn var av vikt. Vissa informanter lyfte betydelsen av att anhöriga är trygga och säkra, i första hand i samband med palliativ vård, vilket gynnar både dem och den sjuke. Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer var även en kategori som nämndes. Där önskade man bättre identifieringsmöjligheter av utsatta kvinnor innan det gick för långt. Man ville inte att de skulle behöva komma in flera gånger med diffusa symtom utan att sjukvården reagerar på det.

Ytterligare en sårbar grupp var allvarligt sjuka personer där ett sjukhus lyfte fram sitt arbete med att försöka få in patienter, exempelvis höftledsfrakturer, direkt till operation för att slippa omvägen via akutmottagningen och därmed följande kraftförlust. Man nämnde även det palliativa vårdarbetet där hälsofrämjandet trots annalkande bortgång var av vikt och kunde öka patientens upplevelse av livskvalitet. Ett system med ”öppen retur” för allvarligt sjuka patienter hade ett sjukhus, vilket innebar att de kunde komma till rätt avdelning utan att behöva passera genom hela vårdkedjan igen. Samma sjukhus tillämpade även avancerad vård i hemmet där multiprofessionella team behandlade patienten i hemmet för att skapa trygghet för de personer som föredrog att få vård i hemmet istället för på sjukhuset. Psykiskt sjuka var den sista gruppen som nämndes av informanterna som en sårbar grupp där patienter med depression kunde vara en kategori. Någon nämnde att man hade akutteam som kunde kontakta kända psykiskt instabila personer personligen eller via telefon för att stödja och ge redskap att hantera sin situation i krissituationer med avsikt att förhindra sjukhusinläggning.

Organisering var en annan kategori som framträdde i analysen där betoningen snarare gjordes av att arbetet med att urskilja och identifiera sårbara grupper inte var speciellt fast förankrat och organiserat. Någon ansåg att frågan inte hade diskuterats med verksamheterna i större utsträckning och att frågan kanske borde ställas till i vården yrkesverksamma personer. En annan informant nämnde att det inte fanns några generella riktlinjer eller mallar för arbetet avseende vad man borde göra eller hur man borde göra det. Det framgick att det var lättast att identifiera sårbara personer och erbjuda dem hjälp och stöd då de ”var” (författarens citationstecken) extrema avvikelser från normalkurvan. Svårare var att erbjuda de patienter stöd som hade mindre svåra besvär. Man sade även att extra stöd till sårbara grupper eller patienter gavs situationsanpassat, beroende på riskbedömning och utan större systematik. Stödet kunde då bestå av extra resurser i form av besökstid eller mer frekventa kontakter. Slutligen efterfrågade vissa personer mer strukturerade metoder för upptäckt av sårbara individer eller grupper, såsom kvinnor utsatta för intimt våld, för att bättre kunna förebygga och främja hälsa.

Kategorier

Förståelse av sårbara grupper

Anhöriga till sjuka	Barn till missbrukande föräldrar Barn till psykiskt sjuka föräldrar Barn i utsatta familjer
Våldsutsatta kvinnor	Anhöriga till svårt sjuka skall vara trygga och säkra, gynnar patient
Allvarligt sjuka	Kvinnor utsatta för våld i nära relationer: tidig upptäckt ”Gräddfil” höftledspatient, till operation, ej via akuten ”Öppen retur”; allvarligt sjuka patienter ges direktaccess till relevant avdelning Avancerad Vård i Hemmet; teamarbete
Psykiskt sjuka	Palliativ vård, ofta cancerpatienter: skapar livskvalitet Grupper med depression ges behandling Akutteam, psykiskt instabila ges vård i hem, förhindrar inläggningar

Organisering	<p>Ej diskuterat med verksamheterna vilka som är sårbara: intressant fråga ställa till professionen</p> <p>Dålig struktur, sker främst vid extrema avvikelser från normalkurva, svårare vid mindre stor avvikelse</p> <p>Ej organiserat generella riktlinjer vad göra eller hur, ingen mall finns</p> <p>Situationsanpassat vid befarad risk och förhöjd sårbarhet</p> <p>Extra resurser ges vid behov: tid, extra kontakter</p> <p>Utvecklingsbehov av strukturerade metoder för upptäckt av patient med ökad sårbarhet</p>
--------------	--

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen följer tidigare uppställd struktur avseende frågeställningen och inleds med resultatet, följt av metodologiska betänkligheter och slutligen slutsatser.

7.1.1 Förståelse av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

Det sjukdomsförebyggande arbetet tycks vara relativt klart vad det handlar om för de intervjuade personerna. Undanröjande av eller medvetandegörande om risker med levnadsvanor var det som lyftes fram liksom att patienten skall lära sig att kunna sköta om sin egen hälsa vid manifest sjukdom. Tolkningen blir att det överensstämmer väl med det som Nutbeam (1998) definierar som att förhindra och minska konsekvenser av sjukdom.

Hälsofrämjande betecknas av flera informanter som ett förhållningssätt där man strävar efter att ta tillvara på patientens egenkraft, tillvarata det friska och visa att man bryr sig om att det går väl för patienten. Ett sjukhus uttrycker rent ut att man likställer hälsofrämjande med att öka livskvaliteten hos patienterna. Tankar finns även om att man skall överföra beslutsprocesser från hälso- och sjukvården till patienten i större utsträckning och att låta patienten bli delaktig i behandlingen. Begreppet empowerment lyfts och kopplas till processen ”... att patienten själv får ett verktyg för att bli mera aktiv, mera delaktig i sin egen behandling ...”. Dessa uppfattningar överensstämmer väl med Nutbeams (1998) definition av hälsofrämjande såsom en process vilken ger människor kontroll över och förbättrar sin hälsa.

Man diskuterade även att det numera finns så mycket evidens för riskfaktorer och metoder att arbetet med dessa frågor inte längre borde styras av godtycke eller tillfälligheter. En informant sade att det svåra är att bli konkret och få in arbetet strukturellt i verksamheterna och ansåg att journalsystem kunde vara ett bra sätt att lyckas med det.

Intervjuerna indikerar att det kan finnas motstridigheter i tankarna om vilken strategi som bör användas i det sjukdomsförebyggande arbetet där en informant säger att ”... gäller det ju att koppla ihop det med den sjukdom som patienten har...”. Andra belyser att ”... det blir lite så där på förekommen anledning som man frågar om saker... eller tittar på det när man har ytterligheter...”. Samtidigt finns det tendenser till att vilja ha mer strukturerade program kring levnadsvanor. Att ha systematiken, säger en person, ”... visar ju också lite vad man värderar, jamen då kan det ju inte vara så viktigt, dom tog ju blodtrycket, då måste det vara viktigt, men dom frågar inte ju inte om liksom, att jag promenerar varje dag utan jamen då kanske det inte är så viktigt, inte bara för en grupp utan det är viktigt för alla ...”. Vissa funderingar finns alltså för att ha mer generella inriktningar i arbetet. Det verkar dock som om högriskstrategin är den preventiva metod som tillämpas generellt på intervjuade sjukhus, men att man försöker få in arbetet mer systematiskt på vissa avdelningar åtminstone. En informant nämner dock att

exempelvis operationsavdelningen kanske inte skall engagera sig i levnadsvanor utan att det snarare är en uppgift för pre- och postoperativ verksamhet.

En annan bild som framträder är att vissa gärna ser att det förebyggande arbetet helst skall vara förankrat i en fast, i stort sett nedskrivna, struktur för att kunna kallas ett programarbete. Man lyfter även, den etiskt riktiga, tanken att man vill ha uppbyggda system om man skall arbeta med levnadsvanefrågorna. Det vill säga att man har möjligheter att dels upptäcka och sedan guida patienterna vidare i vårdkedjan. Detta underlättar även implementeringen då personalen ges stöd i sitt arbete genom vetskapen om att de inte behöver vara experter på allting själva. Socialstyrelsens (2008) kartläggning, vilken användes som kriterier i utvärderingen, konstaterar att rutiner och program för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, vid tiden för undersökningen, fortsätter att vara eftersatt i stora delar av primärvården. Man pekar på att det dock har skett insatser på utbildning inom området, men att det ännu släpar efter i den praktiska verksamheten. En tanke kan vara att det krävs mer strukturerade metoder för att vårdpersonalen skall ta in dessa arbetssätt i sin vardag och där eventuellt journalsystemet, eller ersättningssystem, kan vara en väg att gå.

Inför intervjuerna ställdes kriterier upp på innehåll i preventiva program inom levnadsvaneområdet. Det som framkom i intervjuerna gick dock inte så djupt in i beståndsdelarna på befintliga program att det blev meningsfullt att avgöra kvaliteter i sjukhusens program. En annan form av studie, exempelvis en observationsstudie närmare verksamheten, skulle troligen mer sannolikt kunna visa detta. Vissa personer nämnde att alkoholprogrammen var eftersatta, men att man bedömde att det var nästa område att få in systematik på. FaR lyftes av en informant som ett exempel på ett preventivt program på sjukhuset, medan ett annat sjukhus lyfte in olika former av skolor i detta (se vidare 7.1.4). Socialstyrelsen (2005) eftersökte i sin utvärdering huruvida det fanns rutiner, dokumentation, utvärdering samt ansvarig personal för program. Det kan vara detta som är det relevanta att ta fasta på även i föreliggande utvärdering.

7.1.2 Mätning av indikatorer

Arbetet med att mäta indikatorerna och hur väl man uppnår olika resultat inom sjukhusen varierade till viss del mellan sjukhusen. I lathunden (bilaga 1) ges inga utförligare direktiv utan processen är decentraliserad till respektive medlemssjukhus. Samtidigt uppmuntrar man till att skapa en lärandeprocess i organisationen under enkätarbetet. Ett sjukhus lade ut enkäterna på respektive avdelning i samband med årsredovisningen varpå resultatet sammanställdes till en sjukhusgemensam efter diskussioner inom arbetsgruppen. En annan processledare gick runt till avdelningscheferna och hade ett enskilt samtal runt indikatorerna och det hälsofrämjande arbetet och fick därmed en chans att fördjupa diskussionen och inriktningen på arbetet. Ytterligare ett sjukhus fyllde i enkäten utifrån sin egen och en kollegas kännedom om verksamheterna, men planerade att i framtiden göra utskick till verksamhetscheferna med därpå följande sammanställning. Synpunkten framkom att indikatorerna är relativt grova mått, men att mätprocessen ändå har ett värde i sig genom att man tvingas självutvärdera sitt arbete. Tankar framfördes även om hur sträng och ifrågasättande man är under mätprocessen, där någon ansåg sig ha högre förväntningar och kunskap om vad som skall ingå för att uppnå ett visst resultat jämfört med när medlemskapet var nytt. Mot bakgrund av det empiriska materialet verkade det som om sjukhusen skulle kunna utnyttja indikatorarbetet ytterligare som en lärandeprocess, där eventuellt även fler yrkeskategorier engageras. Vissa sjukhus diskuterade dessutom enkätfrågorna i sjukhusöverskridande nätverk, vilket innebar ytterligare ett lärandemoment för de intervjuade. Det tycks som om medlemskapet i nätverket, åtminstone för de intervjuade personerna, kan bidra till att processen med att orientera sjukhuset mot hälsofrämjande arbetssätt kan, efter viss tid, ske med strängare attityd och med större grad av konkretisering

En informant sade att mycket arbete säkerligen redan sker ute i verksamheten, men att det behöver identifieras, och att det eventuellt kan vara så att medarbetarna redan gör saker men använder andra benämningar för metoderna. Förekomst av taktill kunskap, vilket inte dokumenteras, sades också vara något att bygga vidare på inom det hälsofrämjande arbetet. Åsikten framkom även att enkätarbetet bidrog till att ge en fortsatt orientering mot mer hälsofrämjande arbetsprocesser och att man såg vad som behövde förbättras. Det kan eventuellt ses som problematiskt, givet att analysen är riktig, om det hälsofrämjande arbetet initialt bygger på att använda främst redan etablerad verksamhet. Alternativt är det ett riktigt steg i processen att börja med det befintliga för att senare expandera i olika riktningar. En tanke skulle kunna vara att, som Lennie (2006) och Bird m.fl. (2005), implementera processen med hälsofrämjande arbete genom en lärande och utvärderande strategi på olika nivåer på sjukhuset i samband med självvärderingen. Även Whitehead (2006) är inne på att aktionsforskning kan bidra till att mål med hälsofrämjande verksamhet kan uppnås.

7.1.3 Förståelse av stödsystem för systematisk uppföljning

Stödsystem för systematisk uppföljning kopplade de flesta informanterna till journalsystemet i större eller mindre utsträckning. Det som sades var att journalen var ett redskap för att få statistik om patienters levnadsvanor eller insatser för att främja hälsan, exempelvis rökstopp inför operation. Det blev, sade en informant ”... *ett litet mått på vårt arbete också, kvalitetssäkrar, har det någon effekt med att vi försöker informera och ge ut broschyrer till patienter...*”. Journalen sågs även som ett sätt där man skulle kunna, eller redan kan, kommunicera mellan olika vårdavdelningar och vårdnivåer vilket ger signaler mellan kollegor att viss aktivitet, hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande, har skett med en patient. En informant belyste överlämnandet mellan primär- och sjukhusvård, där ansvar för systematisk uppföljning går över till annan huvudman, som viktigt.

Man diskuterade även medlemskap i nationella kvalitetsregister som ett verktyg för att kunna följa upp sin verksamhet och få, som en informant sade: ”... *statistik överlag vad har vi för någonting i just vår omkrets, vad är det vi kanske behöver satsa lite mer på...*”. Till kvalitetsregistren kopplade vissa även tanken på att använda mätning av hälsorelaterad livskvalitet för att se vilka effekter som viss behandling ger på patienterna. Det ger, sade någon, att man inte bara ser att man har utfört x antal operationer när man inte vet hur patienternas självskattade hälsa har påverkats. Man såg dessa mätningar som ett sätt att både utveckla verksamheten och patientarbetet. Begränsningen av uppsatsen utelämnade dock frågeställningen om hälsovinstmätningar, vilket annars kanske kan vara en nyckel till ett ännu mer patientfokuserat hälso- och sjukvårdsarbete. Det sades även att kvalitetsregister kan vara en väg att få med vissa frågeställningar och parametrar som bestämts samt att det visar på vikten av att något utförs.

Det framkom även, hos vissa, funderingar och konkreta exempel på att se ersättningssystemen och dess koppling till journalarbetet som ett stödsystem för uppföljning. Dokumentation av hälsofrämjande arbete ger ersättning vilket motiverar personalen då ”... *allt som man får pengar för har ett högre värde, än annat som man inte får pengar för, så är ju systemet idag...*”. Intervjuerna indikerar att stödsystem för uppföljning har en stor betydelse för att något verkligen skall utföras på mottagningar och avdelningar. Spännvidden är stor i tolkning av stödsystem från broschyrer inför operation, via journalsystemets möjligheter, till kvalitetsregister med jämförelser mot hälsovinstmätningar.

7.1.4 Strukturerade metoder för att tillvarata kraft och initiativ hos patienten

Metoder för att stimulera och tillvarata kraft hos patienter innebar främst skolor och motiverande samtal på sjukhusen. Nutbeam (1998) skriver att empowerment är ett mål, för det hälsofrämjande

arbetet, med syfte att på det individuella planet, ge kraft och handlingsförmåga till att göra val som gynnar hälsan. Det som lyfts fram i intervjuerna, som ett arbete med avsikt att nå detta mål, är sjukhusens patientskolor. Exempel på detta är hjärt- och kärlskolor, diabetesskolor och så vidare, det vill säga skolor eller grupper riktade till redan insjuknade patienter inom viss diagnoskategori. Någon sade att skolorna ger redskap för vad patienterna skall vara observanta på, *"... när det är dags att söka kontakt och vad dom kan göra själva för att underlätta..."*. En annan informant, om tolkningen är riktig, sade att skolorna inte riktigt kopplades till det hälsofrämjande arbetet utan snarare sågs som något som vården alltid utfört. Frågan kan ställas om hur mycket patientskolor verkligen förbättrar individernas kraft och initiativförmåga? Fokuserar skolorna primärt på sjukdomshantering och sekundärprevention eller inriktas de snarare på hur patienten skall förhålla sig i sin nya situation, med en diagnos, för att trots sjukdom maximera livskvaliteten? Whitehead (2006) menar att hälsoutbildning kan ses som en smalare inriktning än hälsofrämjande och mer handlar om sekundär- eller tertiärprevention. En informant kopplar explicit frågan om hälsoinstmätningar till skolorna som ett redskap för att gå vidare och utveckla diskussionen mellan läkare och den enskilde patienten. Man kanske kan se skolorna som i första hand sjukdomsförebyggande, sekundär- och tertiärprevention, och i andra hand som metoder för att tillvarata kraft och initiativ. Samtidigt kan dock skolorna, genom att ge individuell kunskap om sjukdomar och hantering av dem, leda till empowerment för patienterna då de får verktyg hur de skall förhålla sig framöver.

En ledtråd, till frågeställningen ovan, kan vara i vilken grad motiverande samtal verkligen används i verksamheten och det patientnära verksamhet. Samtalstekniken som metod för att nå fram i de hälsofrämjande processerna kan ses som *"... att jag inte är experten utan patienten är experten och jag är stödet... och ställa frågan vilka möjligheter har du, och vad väljer du"*. Samma informant kopplade hälsofrämjande starkt till empowerment där nyckeln sågs som att ta makten över sig själv, styra sin sjukdom och ha viljan till behandling. En annan person var inne på samma spår i patientarbetet genom att *"... hon kan själv följa sina värden... och det handlar om att patienten själv får ett verktyg för att bli mera aktiv, mera delaktig i sin behandling..."*. Vilket i sin tur innebar, enligt samma informant, att makten förskjuts och det blir mer av ett teamarbete.

Även i arbetet med att stimulera och tillvarata kraft hos patienter efterfrågades strukturer, även om det betonades i olika hög grad. Man kan se det motiverande samtalet som något som pågår hela tiden i den dagliga verksamheten vilket inte heller nödvändigtvis dokumenteras. Men åsikten fanns även att journalkoder, vilka resulterade i ersättning, kunde vara ett system för att motiverande samtal faktiskt skulle genomföras rationellt på sjukhuset. Det överensstämmer väl med Socialstyrelsens (2005) tankar runt levnadsvanor och vårdprogram där man påvisar betydelsen av mer manifesterade strukturer och organisering för att det hälsofrämjande arbetet verkligen skall genomföras.

7.1.5 Tolkning av sårbara grupper och organisering

Arbetet med att ge stöd till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet tycks, av informanternas uppgifter att döma, vara den frågeställning som är minst utvecklad. De grupper som nämndes var barn, främst i problematiska hemsituationer, och anhöriga till svårt sjuka patienter, liksom vissa grupper med psykiska problem och kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Palliativa vårdtagare sågs av några också som en utsatt grupp, vilket överensstämmer med Prioriteringsutredningens (SOU 2001:8) tankar. Ett sjukhus arbetade även med processer för att få in en "gräddfil" för patienter i vissa diagnosgrupper för att spara tid och kraft hos dessa. Samma sjukhus hade även avancerad vård i hemmet vilket man ansåg gav ökad trygghet till de patienter som föredrog hemmiljön istället för sjukhuset vid vård. Dessa båda metoder överensstämmer också med prioriteringsutredningens (SOU 2001:8) prioriteringsgrupp ett (1). Meningarna gick till viss del isär om hur strukturerat arbetet bör vara och en informant sade att

”... *det måste finnas program, det måste finnas strukturer, det måste finnas ordning...*”. En annan ansåg att ”... *det sker när det sker så att säga...*” liksom att arbetet på avdelningarna skedde situationsanpassat genom att ge extra stöd till den patienten.

Diskussionen om sårbara grupper kan ses som att den har bindningar till prioriteringar inom vården, där frågan om både horisontella, mellan patientgrupper, och vertikala, mellan olika patienter i samma grupp, prioriteringar har en aktualitet och kan komma att diskuteras mer generellt framöver. Samtidigt är frågan om sårbara grupper kanske främst ett ämne som berör möjligheten till att ge kraft och förbättrad livskvalitet för de i samhället som har det svårast, vilka det nu är. En svårighet med arbetet med sårbara grupper är dock vilka förväntningar man kan ha på hälso- och sjukvården och dess möjligheter. En informant diskuterade frågan om gränsdragningen mellan å ena sidan sjukhuset och å andra sidan andra samhällsliga förvaltningar. De ansåg att ”... *någonstans måste man ju sätta en gräns, vi skall göra det vi är bra på...*”, vilket hänger samman med att ge vård och omsorg på rätt vårdnivå, i samverkan med andra aktörer. Och det är kanske i samverkansprocesser som sjukhusens hälsofrämjandepotential, beroende på vilken betydelse man lägger i begreppet, kan drivas framåt. Materialet i föreliggande rapport tyder på att arbetet med sårbara grupper verkar ha en viss utvecklingspotential, och där en informant ansåg att frågan om vilka grupper som olika avdelningar ser som sårbara kunde vara intressant att ställa till exempelvis läkare.

7.2 Metoddiskussion

Intervjuer som metod för datainsamling ger tillgång till andra människors livsvärldar (Kvale 1997) vilket kan skapa insikter inom ett ämne. Intervjun kan ses som en social företeelse (Kvale 1997) där de inblandade personerna skapar ett samtal som ligger som grund för senare analys. Det ställer stora krav på den ansvarige att tillgodose att etiska problem beaktas i flera steg i studieprocessen. Detta har eftersträvat, i möjligaste utsträckningen, genom stöd av litteraturen och tidigare kunskap. Intervjuerna och informanterna har beskrivits med strävan efter att de inte skall vara identifierbara. Rapportörens förförståelse kan påverka, eller det är rent av troligt att den påverkar, inriktningen och utforskandet av det valda ämnet varför det kan vara nödvändigt att överväga om de slutsatser och den valda metoden speglar de processer som faktiskt pågår på sjukhusen. Genom att själv intervjua, transkribera och analysera materialet försäkras åtminstone viss tillförlitlighet i att det skett på ett likartat sätt genom hela processen, reliabiliteten förbättras. Samtidigt kan man inta positionen att verkligheten faktiskt tolkas beroende på subjekt (Graneheim & Lundman 2004), men att genom metodologisk öppenhet och beskrivningar av gjorda val ges läsaren en möjlighet att bedöma materialets relevans och överförbarhet till andra sammanhang. Ett sätt att öka tillförlitligheten i det analyserade materialet och tolkningar kan vara att återkoppla resultat och diskussion till informanterna. Detta ger även en möjlighet att förtydliga eller fördjupa det sagda och det tolkade vilket kan bidra till en förbättrad rapport och ökad kunskap. På grund av uppsatsens tidsbegränsningar har detta dock inte skett vilket kan kritiseras. Rapportörens återkoppling till handledare liksom teoretisk diskussion med densamme har möjligtvis kompenserat detta till viss del.

Ett metodologiskt dilemma i föreliggande uppsats skulle kunna vara att utgångspunkten i ett visst material, indikatorenkäten, placerar formulerad frågeställning liksom efterföljande analys inom förutsatta begreppsliga mallar. Vissa informanter gav uttryck för att indikatorerna går in i och kompletterar varandra, vilket även kan innebära att författaren analyserar data med förutfattade meningar. Ett icke slumpmässigt urval skulle även kunna kritiserats genom att, med vald metod, sjukhus med bättre arbetsprocesser kan vara mer benägna att delta i intervjuer. Samtidigt kan man tänka sig att sjukhus som deltar i nätverksarbetet är intresserade att arbeta med en hälsofrämjande inriktning, varför de oavsett arbetsprocess kan tänkas vara intresserade av att utveckla sitt arbete genom att delta i intervjun. Informanterna var samtliga kvinnor och hade erfarenheter från

vårdarbete. Hur detta har påverkat den givna informationen och om den skulle ha sett annorlunda ut med andra yrkeskategorier är något som man kan överväga.

7.3 Slutsats

Uppsatsens syfte var att bedöma kvaliteter, skillnader och egenskaper inom patientarbetet på hälsofrämjande sjukhus. Om detta har lyckats eller ej är delvis upp till läsaren att avgöra, men författaren anser sig ha bedömt och beskrivit de olika frågeställningarna liksom hur de har skiljt sig åt mellan sjukhusen. Det som möjligen inte har uppnåtts är att bedöma kvaliteter på detaljnivå i det hälsofrämjande arbetet. Med detta avses att kunna göra en bedömning av de preventiva programmen och vad de faktiskt innehåller för detaljer visavi uppställda kriterier samt hur det utförs. Men inom ramen för föreliggande uppsats omfattning och med givna begränsningar, kan man ändå argumentera för att syftet har uppnåtts.

Det hälsofrämjande arbetet inom sjukhusen i nätverket har utvärderats genom en intervjustudie, och vissa tendenser till skillnader, men även likheter, har framkommit i analysen. Det sjukdomsförebyggande arbetet tycks vara relativt väl definierat av sjukhusen, men graden av stödjande strukturer varierade både mellan sjukhusen och mellan olika sjukdomsförebyggande verksamheter. Man betonade olika starkt behovet, eller möjligheterna, till att ha olika stödsystem för det sjukdomsförebyggande arbetet, liksom i det hälsofrämjande. Samtidigt tyder analysen på att en väl utbyggd struktur, såsom journalsystem och klar ansvarsfördelning, kan underlätta för det hälsofrämjande arbetet. Det kan vara ett sätt att konkretisera arbetet och skapa incitament för att verkligen ta tag i till exempel levnadsvanefrågorna. Hälsofrämjande sågs av informanterna som ett förhållningssätt, eller glasögon som man tar på sig, vilket leder till en ökad patientfokusering. Det som är vårdens stora möjligheter i patientverksamheten, ligger i mötet och hur det sker, den medicinska kompetensen sågs mer som något som redan finns upparbetat. Frågan om sårbara grupper och hur man kan ge dem stöd tycks vara till viss del olöst. Det är ett inte oviktigt ämne och det rymmer politiska dimensioner, men det kan behöva diskuteras mer både internt och externt inom hälso- och sjukvården.

Indikationer finns på att sjukhusen är väl förankrade i det sjukdomsförebyggande arbetet, vilket kanske inte är konstigt då det traditionellt har varit hälso- och sjukvårdens huvuduppgift. Jämfört med både Janlert (2000) och Nutbeam (1998) så framstår det som om sjukhusen arbetar på ett korrekt sätt. Däremot verkar det svårare att lämna en prevention som är baserad på indikerad ohälsa till förmån för en befolkningsansats (Larsson 2005). Trots att det finns evidensbaserad kunskap så verkar det svårt att få in en systematik i det arbetet, eller så tar det bara lite tid och kräver ett aktivt arbete med frågan. Samtidigt arbetar man med att orientera sjukhusen mot mer hälsofrämjande arbetssätt, och i det kan strukturerade satsningar på motiverande samtalsteknik vara ett arbetsredskap i den kliniska verksamheten. Det finns dessutom tecken som tyder på att det hälsofrämjande arbetet kanske inte alltid tolkas likadant på sjukhusen. Att lägga patientskolor i indikatorn hälsofrämjande tyder på eventuell oklarhet vad begreppet hälsofrämjande innebär, eller vad det kan innebära. Om man håller sig till definitionen gjord av Whitehead (2006) så innebär det en bredare och mer sociopolitisk inriktning än vad skolorna de facto kan ge. Om man däremot antar en del av Nutbeams (1998) definition innebärande en process för att ge människor kontroll över samt förbättra sin hälsa, så kan skolorna ses som hälsofrämjande. Det är väl troligen så att sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt är två olika paradigmer vilka är svårare att förena än man tror då de teoretiska förutsättningarna och målen med verksamheten blir delvis olika.

Man kan se det hälsofrämjande arbetet inom sjukhuset som en inriktning och orientering mot ett hälsofrämjande arbetssätt. I detta kan nätverket vara till hjälp för processansvariga genom metodstöd och medlemskap i olika nätverk. Frågan om det hälsofrämjande arbetet ser annorlunda

ut på ett sjukhus som inte är medlem jämfört med en medlemsorganisation är ett intressant ämne för vidare studier. Även en för en folkhälsovetare intressant fråga är huruvida hälsofrämjande sjukhus förbättrar befolkningens hälsa eller ej, samt om patienternas upplevelse av vården förändras på ett sådant, vilket skulle kunna utredas genom hälsovinstmätningar. Ytterligare en fråga för vidare studier är hur professionen ser på sårbara grupper och hur man kan ge dem stöd. Samtidigt kanske man inte kan ställa orimliga krav på sjukhusen, utan snarare se det hälsofrämjande arbetet som **en** arbetsprocess bland många andra viktiga.

8. Källförteckning

Tryckta Källor

Antonovsky, Aaron (2005). *Hälsans mysterium*. 2:a upplagan. Stockholm: Natur och Kultur.

Bird, Steve, Kurowski, William & Dickman, Gillian (2005). Evaluating a model of service integration for older people with complex health needs. *Evaluation Journal of Australasia*. vol. 4: 1-2: s. 34-42.

Blivik, John (2002). Dags för primärvården att ta folkhälsovetenskapen på allvar!? *Läkartidningen*. 12: s. 1376.

Dahlgren, Lars, Emmelin, Maria & Winkvist, Anna (2004). *Qualitative methodology for international public health*. Umeå : Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.

Folkhälsoinstitutet (2005). *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård: kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005: målområde 6*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, Serie: Statens folkhälsoinstitut, 2005:55.

Glenngård Anna H, Hjalte Frida, Svensson Marianne, Anell Anders & Bankauskaite Vaida (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Graneheim, Ulla & Lundman, Berit (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24: s. 105-112.

Hellstrand, Mats (2007). *HFS-nätverkets indikatorarbete sedan år 2001. Från idé till årlig nätverksuppföljning. Ett informationsmaterial*. HFS-sekretariatet.

Janlert, Urban (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Danmark: Studentlitteratur.

Larsson, Sven (2005). *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården*. Rapport 2005:8. Prioriteringscentrum. Landstinget i Östergötland.

Lennie, June (2006). Increasing the rigour and trustworthiness of participatory evaluations; learnings from the field. *Evaluation Journal of Australasia*, vol. 5: 1: s. 27-35.

Mooney, Gavin (2003). *Economics, medicine and health care*. 3e upplagan. Dorset: Prentice Hall. Pearson Education Limited.

Nilsson, Peter & Isacson, Åke (1998). Även preventionen bör vara evidensbaserad. Prevention och folkhälsoarbete inom primärvården. *Läkartidningen*, 16, s. 1810-1815.

Nutbeam, Don (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*. vol. 13: 4: s. 349-364.

Omran, Abdel R. (1971). The epidemiological transition. A theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49: 4, s. 509-538.

Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Socialdepartementet.

Rose, Geoffrey (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Socialstyrelsen (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Rapport.

Socialstyrelsen (2008). En utvärdering av alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården 2006–2007. Rapport.

SOU 1997:119. Betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Sundin, Jan, Willner, Sam (2007). *Social change and health in Sweden- 250 years of politics and practice*. Solna: Folkhälsoinstitutet.

Svanström, Leif (2003). *Sjukdomslära*. Lund: Studentlitteratur

Svensk Författningssamling 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet.

Trost, Jan (2007). *Enkätboken*. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Vedung, Evert s. 397-416 (2006). *Evaluation Research*. I: Red. Peters, Guy B., Pierre, Jon (2006). *Handbook of Public Policy*. London: Sage.

Vedung, Evert (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Whitehead, Dean (2006). Health Promotion in the Practice Setting: Findings from a Review of Clinical Issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2006 4th Quarter; 3(4), ss. 165-184.

Elektroniska källor

Nätverkets hemsida, a): http://www.natverket-hfs.se/01_omhfs.php?id=1, nedladdad 23 april 2008. Klockan 9.17

Nätverkets hemsida, b): *Från Ottawa Charter 1986 till det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus*. <http://www.natverket-hfs.se/dokument/12.pdf>, nedladdad 14 maj 2008, klockan 11.45

WHO, Världshälsoorganisationens hemsida: <http://www.who-cc.dk/goals-and-purpose-of-the-hph-network>, nedladdad 6 februari 2008, klockan 10.30.