

Det goda mötet som stärker patienternas motståndskraft och hälsa

Jörgen Herlofson, Sara Maripuu, Margareta Kristenson

Jörgen Herlofson, psykiater, leg psykoterapeut, Empatica AB.
E-post: j.herlofson@gmail.com.

Sara Maripuu, fysioterapeut MSc, processledare HFS, Region Kronoberg.
E-post: sara.maripuu@kronoberg.se.

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

Värdet av goda och stärkande möten kan härledas till läkekonstens grunder. Betydelsen av vårdmötet ökar. Detta beror dels på en stigande andel patienter med kronisk sjukdom, men också på ökande kunskap om vårdmötets betydelse för läkning och överlevnad. Det hälsofrämjande mötet är ett relationellt möte mellan två parter med komplementära kunskaper, den professionelle har medicinsk sakkunskap medan patienten har unik kunskap om sitt eget liv. Empowerment är ett nyckelord, och grundtanken är att patienten betraktas som en kompetent partner i det gemensamma arbetet för hälsa och livskvalitet. Förtroende, kunskap, kreativitet och flexibilitet är grundläggande för en organisation som stöder detta. Konsten att skapa hälsofrämjande möten kan läras, men behovet av nya pedagogiska metoder för kunskapspridning är stort.

The value of good encounters can be traced to early medicine. The importance of encounters is rising because of the increasing proportion of patients with chronic disease, and also because of the increasing knowledge of effects on patient's restitution and survival. The health promoting encounter is a relational encounter between two parts with complementary competences, the professionals' medical knowledge and the patients' unique knowledge on their own life. Empowerment is a key-concept, and the patient is seen as a competent partner in a collaborative work for health. Confidence, knowledge, creativity and flexibility are prerequisites for organizations supporting this. The art of creating health promoting encounters can be learned, but the need of new pedagogic methods for dissemination of knowledge is large.

Inledning

Värdet av goda och stärkande möten kan härledas till läkekonstens grunder. Hälsofrämjande möten är möten i vården som stärker patientens hälsa. Som beskrivs nedan är detta förhållnings-sätt viktigt i alla delar av hälso- och sjukvården.

Betydelsen av vårdmötet ökar i dag av flera anledningar. Ett skäl är ett ändrat sjukdomspanorama med en större andel patienter som lever med kronisk sjukdom. Hälso- och sjukvårdens uppdrag måste därför i större utsträckning än tidigare handla om att stärka människors förmåga att, trots sjukdom, må så bra som möjligt och ha möjlighet

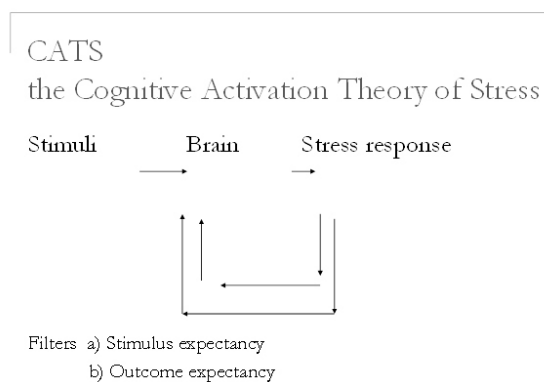
att leva ett aktivt och meningsfullt liv¹. Goda vårdmöten är grundläggande för att patienten ska ha en reell möjlighet att vara en aktiv partner i sin egen sjukdomsbehandling.

Betydelsen av det goda mötet i vården stärks därtill av den ökade kunskapen om att vårdmötet är avgörande för patientens prognos. Det gäller både den upplevda hälsan och hälso-relaterad livskvalitet, men också själva sjukdomens prognos. Patientens tilltro till att det ska gå bra och till sin egen förmåga har effekter på kroppens biologiska skyddssystem och påverkar genom detta läkning och överlevnad¹.

Stress och dess inverkan på hälsan

Att få en allvarlig sjukdom – eller riskera att få – är alltid en påtaglig stress-situation. Vi ställs då inför utmaningar som vi tidigare inte mött. Beroende på erfarenheter, egna psykologiska resurser och tillgång till socialt stöd i omgivningen är vi mer eller mindre sårbara i den situationen. Ordet stress

används ibland i flera olika bemärkelser. Det är viktigt att hålla isär om man avser stressorn, det vill säga det vi exponeras för, individens upplevelse av stress eller kroppens psykobiologiska reaktion på stressen. CATS-teorin (Cognitive Activating Theory of Stress) beskriver hur och varför samma stressor (stimulus) kan ge helt olika effekter hos olika individer, men också hos samma individ vid olika tillfällen³. Orsaken är att vår upplevelse av ett stimulus ”filtreras” av hjärnan. Denna bearbetning och tolkning av ett intryck påverkar vår reaktion, som är beroende av våra tidigare erfarenheter av liknande situationer. Detta gäller både stressorn (faran) i sig och hur vi tidigare har klarat av att möta den. I de fall som vi har klarat detta bra får vi en känsla av tilltro till vår förmåga – det som på engelska kallas ”coping” (copingförmåga). Stressorn blir då en spännande utmaning som vi lyckats hantera, och denna erfarenhet stärker vår tilltro till vår förmåga att



Ursin H, Erikson; *The cognitive activation theory of stress.*
Psychoneuroendocrinology 29 (2004) 567-592

Figur 1: CATS-modellen som illustrerar hur samma stressor får olika betydelse beroende på individens erfarenheter, dels av stressorn men också av sin förmåga att hantera den.

nästa gång möta en liknande situation. Copingförmågan beskrivs i stressforskning som en ”positiv förväntan”, alltså en tilltro till att man ska klara de saker som man åtar sig

Om vi däremot har misslyckats upplever vi oro och stress. Det kan också leda till en känsla av hjälplöshet om vi inte kan se något sammanhang mellan det vi gör och det som händer. Vid upprepade misslyckanden uppstår onda cirklar, och vid en förlust av tilltro till den egna förmågan uppstår en känsla av hopplöshet². Dessa psykologiska faktorer påverkar vår upplevda hälsa men de påverkar också vår kroppsliga hälsa, det vill säga sjukdomens prognos, läkning och vår överlevnad. Hopplöshet, depressivitet eller psykologisk utmattning (vital exhaustion) ökar risken för sjukdom och död oberoende av riskfaktorer som rökning, högt blodtryck med flera. Men psykologiska resurser som copingförmåga och god självkänsla utgör oberoende skyddsfaktorer för insjuknande och död, det vill säga de ökar vår läkekraft³.

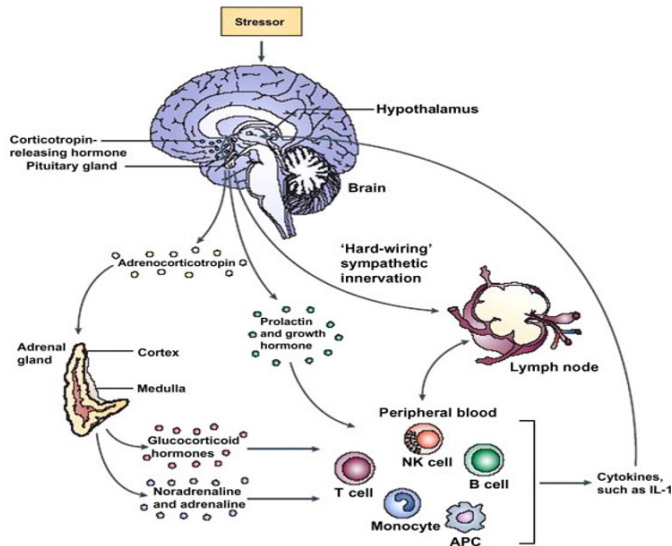
Biologiska mekanismer som förklarar varför psykologiska faktorer inverkar på den kroppsliga hälsan

Under de senaste decennierna har det skett en omfattande utveckling av forskning som kan beskriva varför dessa psykologiska faktorer påverkar den kroppsliga hälsan. Vi vet att upplevelser och känslor är kopplade till vårt centrala stresssystem, särskilt den reaktion som medieras via olika signalsubstanser från hjärnan till binjurebarken och dess utsöndring av stresshormonet

kortisol (HPA-axeln). Vi vet också att vår dynamiska förmåga att reagera på en stressande situation och mobilisera energi för att möta en utmaning är viktig för hälsan, och att detta hänger samman med vår förmåga att slappna av, vila och återhämta oss. En bristande dynamik i HPA-axeln, som en flack dygnskurva av kortisolnivåer framför allt med höga kvällsvärden, har visat sig vara oberoende riskfaktor för sjukdom, bland annat hjärtinfarkt³.

HPA-axeln har en nära koppling till immunförsvaret, framför allt de vita blodkropparnas aktivitet i form av utsöndring av aktiva ämnen och signalsubstanser, så kallade cytokiner. Ett av dessa, Interleukin (IL) 6, är en markör för den låggradiga inflammation som i dag har visat sig ha koppling till de flesta av våra kroniska sjukdomar, särskilt till utvecklingen av hjärt-kärlsjukdomar. Matrix-metalloproteinaser (MMP) -9, är en annan markör som kan kopplas till inflammation men också till åderförkalkningsplackens sårbarhet. Dess nivåer i plasma är högre hos hjärtpatienter och särskilt i sköra åderförkalkningsplack och kan, på samma sätt som IL-6-nivåer, prediktera hjärtinfarkt hos friska individer³.

Det är också väl belagt att psykosociala faktorer är kopplade till dessa biologiska mekanismer. Psykologiska resurser, som socialt stöd och copingförmåga, samvarierar med ett mera dynamiskt HPA-system, medan de psykologiska riskfaktorerna vital exhaustion, depression och hopplöshet tvärtom samvarierar med ett statiskt HPA-system. Vi finner ett motsvarande psykobiologiskt samband för en rad immunologiska markörer, särskilt



Figur 2. En förenklad illustration av kroppens centrala skyddssystem; HPA-axeln från hjärnan till binjurarna med utsöndring av stresshormon, immunförsvaret med inflammatoriska markörer och feedback till hjärnan

IL-6 och MMP-9, där psykologiska resurser, copingförmåga och självkänsla samvarierar med lägre nivåer av dessa riskmarkörer, medan det omvända gäller för riskfaktorer såsom hopplöshet, depressivitet och vital exhaustion³. En förändrad funktion i dessa grundläggande överlevnadsmekanismer anses vara en central faktor i den ökade generella sårbarhet som man finner hos de som har en utsatt livssituation.

Tilltro till den egna förmågan och känsla av sammanhang är också viktiga för individens självskattade hälsa och för hälsorelaterad livskvalitet. De biologiska mekanismer som beskrivits ovan kan därför också förklara varför självskattad hälsa, välbefinnande och livskvalitet har stark koppling till det medicinska resultatet av en behandling. Det finns i dag en rad studier som visar den kliniska betydelsen av detta. Exempel på hur ett personcentrerat

och hälsofrämjande förhållningssätt som stödjer patientens delaktighet och tilltro till sin egen förmåga optimerar vårdens insatser, innefattar överlevnad och vårdtid vid levertransplantation, smärta och funktion efter diskbräcksoperation, posttraumatisk stress efter IVA-vård och livskvalitet vid palliativ vård i livets slutskede^{3,4}.

Hur skapa hälsofrämjande möten i vården?

I socialstyrelsens termbank⁵ beskrivs begreppet *hälsofrämjande* som en ”åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Avsikten är att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga”. Exempel är åtgärder som bidrar till att stödja en individ att orientera sig i en förändrad livssituation vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Att tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stärka patientens egna psykologiska resurser och särskilt att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga (copingförmåga).

Det hälsofrämjande mötet betraktas som ett relationellt möte mellan två parter med ömsesidigt komplementära kunskaper och erfarenheter. Den som arbetar i vården har särskild medicinsk sakkunskap medan patienten har unik kunskap om sitt eget liv. Den här synen på mötet i vården är utmärkande för en hälsofrämjande och personcentrerad vårdkultur som i viktiga avseenden skiljer sig från den traditionella, omhändertagande vårdkulturen.

Grundtanken i det hälsofrämjande synsättet är att patienten betraktas som en kompetent partner i det gemensamma arbetet för att förbättra hens hälsa och livskvalitet. Visionen är att den hälsofrämjande vårdideologin ska återspeglas på alla nivåer i organisationen: i utformningen av byggnader och lokaler, i ledarskapet, i vårdpersonalens förhållningssätt gentemot både kollegor och patienter liksom i val och utformning av behandlingsmetoder och stödinsatser. För att förstå det här vårdideologiska perspektivet behöver vi uppmärksamma de filosofiska grundtankarna.

Filosofi

Synen på vilken slags kunskap som äger giltighet har varierat under historiens gång. Sokrates verkade i Aten mer än 400 år före Kristi födelse. Han menade att han inte kunde ge några meningsfulla svar när folk bad honom om råd i livsfrågor. Enligt Sokrates

finns svaret hos frågeställaren själv, men personen kan behöva hjälp att finna fram till det. Vars och ens *subjektiva kunskap*, baserad på egna livserfarenheter och egna värden och värderingar, är den viktiga kunskapskällan. Själv intog Sokrates följaktligen en ”icke vetande” position⁶.

I dag präglas vården starkt av en naturvetenskaplig kunskapsfilosofi som, i kontrast till den sokratiska kunskapsfilosofin, eftersträvar *objektiv kunskap*. Dagens officiella behandlingsrekommendationer bygger också i största möjliga utsträckning på randomiserade kontrollerade studier, där behandlingsmetoder utvärderats så objektivt som möjligt. Fördelarna med det här sättet att kvalitetssäkra medicinsk behandling är uppenbara, men det är viktigt att också se de begränsningar som ligger i att metoderna är utvärderade på gruppnivå medan det hälsofrämjande mötet i vården är ett möte mellan individer.

Den hälsofrämjande vårdfilosofin förenar Sokrates subjektifierande fokus på individens unika personliga erfarenheter med naturvetenskapens objektifierande inriktning på observerbara och mätbara fakta. Bara patienten själv kan veta hur hen vill leva sitt liv och bidrar därför med sin personliga livskunskap. Den professionelle delar med sig och vägleder utifrån sin medicinska sakkunskap. Tillsammans skapar de personligt anpassade lösningar på patientens problem.

Principer och antaganden

Empowerment är ett nyckelord. Patientens resurser ska efterfrågas och

lyftas fram. Oavsett sjukdomens art och svårighetsgrad så är det patientens upplevda livssituation och personliga erfarenheter och förmågor som är utgångspunkten för samarbetet.

På ett respektfullt och pedagogiskt sätt ska vården genomföra motiverade undersökningar, diagnostisera, förklara och presentera medicinska fakta. Samtidigt är det patientens sak att bidra med personliga målsättningar och prioriteringar så att parterna gemensamt kan formulera en handlingsplan som gör rättvisa åt såväl det naturvetenskapligt objektiva som det humanistiskt subjektiva perspektivet.

Den person som möter patienten har till uppgift att aktivt efterfråga och ta in patientens subjektiva bild av sin livssituation. Tanken är att hen ska vara öppen och fördomsfri nog för att under patientens berättelse låta sig överraskas av att upptäcka nya perspektiv och dessutom vara beredd att tänka i nya banor som en följd av det.

Filosofen Martin Bubers tankar om intersubjektivitet, det vill säga två personer som möts som subjekt i ömsesidig öppenhet, är vägledande för det hälsofrämjande mötet. Motsatsen till intersubjektivitetens *jag-du*-förhållande är enligt Buber ett *jag-det*-förhållande, vilket han beskriver som en objektivisering av den ena parten med resultat att mötet blir en monolog i stället för en dialog⁷.

Strategi

Vägledande för utformningen av strategin är autonomiprincipen. För en del patienter är autonomi en självklarhet, och de har inga svårigheter att hantera

rollfördelningen. Men många patienter, sannolikt flertalet, är både beredda och benägna att underordna sig en yrkespersons auktoritet. Passiva önskaningar om att bli hjälpt utan egen insats är i varierande grad vanliga. En del kan överhuvudtaget inte se sig själva som en medskapande partner till yrkespersonen. Sammantaget innebär det här strategiska utmaningar i arbetet.

En strategisk, autonomistärkande bedömningsprocess kan se ut på följande sätt längs en tidsaxel⁸:

- Lyssna till patientens berättelse.
- Identifiera det presenterade problemet och belys den aktuella symtombilden.
- Utforska aktuella påfrestande livsomständigheter som kan bidra till problemet.
- Utforska patientens förståelse av problemets natur, dess yttre uppkomstorsaker ("triggers") liksom inre (patientens sårbarhet och utvecklingshistorik) och vad hen gjort för att försöka bemästra problemet (coping) eller kompensera för det.
- Beskriv och etablera rollfördelningen och förklara att patientens egna insatser för att ta tag i pågående livsbekymmer kan ha avgörande betydelse för framgång.
- Ägna tid och uppmärksamhet åt patientens beskrivning av vad som är och vad som har varit viktigt och meningsfullt för hen i livet, eftersom det ger en bild av vad patienten kan tänkas vilja arbeta för att återknyta till och bereda utrymme åt.
- Skaffa en tidig överblick över eventuella andra hälsoproblem av större betydelse men ge skäligen prioritet åt patientens presenterade problem.

- Genomför lämpliga undersökningar och formulera den professionella bedömningen, inkluderat diagnosen, i sådana termer att patienten tilldelas en aktiv roll som partner i ett likställt samarbete.
- Diskutera lämplig medicinsk behandling, olika möjliga alternativ liksom deras olika konsekvenser för patientens hälsa, livskvalitet och sjukdomsprognos.

Förhållningssätt

I ett hälsofrämjande, personcentrerat arbetssätt är det öppen dialog som eftersträvas. I och med att patienten bjuds in att vara en aktiv partner i arbetet, har inte den professionelle samma möjlighet att ha kontroll över samtalet. Det kan väcka osäkerhet och fresta till att återta kommandot för att skapa trygghet för egen del. En väl uppövad frågemetodik, inspirerad av Sokrates, är till stor hjälp för att behålla öppenheten.

- *Saksfrågor* – rena fakta om exempelvis händelser, erfarenheter, symtom
- *Personfrågor* – patientens subjektiva verklighet, exempelvis personliga värden, personliga meningsfullheter, upplevelser, personlig tolkning av innebörden i fakta
- *Hypotesfrågor* – i fantasin pröva olika alternativ, exempelvis ”Hur tror du det blir om du prövar att göra tvärtom mot vad du vanligen gör?”

Ett huvudsyfte med det här sättet att ställa frågor är att stimulera patientens egen kreativitet. När patienten har mer betydande svårigheter att fungera som aktiv partner, är risken emellertid uppenbar att den professionelle utövar

påtryckningar på hen att bli mer aktiv genom att ge olika förslag. Men ju mer passiv patienten är, desto viktigare är det att inte ta över kommandot. Att styra patienten riskerar att på sikt försvåra hens möjligheter att utveckla sitt ansvarstagande för hälsa och livskvalitet.

Praktiska tips

Mötet mellan patient och professionella i vården är i grunden ojämnt. Innehållet i samtalet rör till största delen patientens sjukdom, begränsningar, tillkortakommanden och andra bekymmer. Vårdpersonalens eventuella bekymmer diskuteras av förklarliga skäl inte, vilket bidrar till ojämligheten. Patienten har vanligen försökt göra något åt sitt illabefinnande men misslyckats och tvingats söka hjälp, vilket kan bidra till självkritik, självnedvärdering och skamkänslor.

Dessa förutsättningar påverkar rollfördelning och innehåll i mötet. Expertrollen ligger nära till hands för den som arbetar i vården, och det sammanfaller dessutom vanligen med patientens önskemål om att få hjälp av en utomstående expert. Ska ett partnerskap upprättas där patienten intar rollen som expert i sitt eget liv, krävs därför en medveten strategi som styr upp kursen i önskvärd riktning.

En bra idé är att skapa en enkelt strukturerad mall för vardera parten, där man med stöd av ett begränsat antal färdiga rubriker noterar vad respektive part ska bidra med i samarbetet i form av frågeställningar, arbetsuppgifter, målsättningar och liknande. Det kan vara lämpligt att utgå från den hälsoplan som bör upprättas

gemensamt i tidigt skede av vårdkontakten.

Ytterligare tips och konkreta anvisningar är:

- Undvik formuleringen ”jag tycker att...”. Den är osokratisk och kan utestänga patienten från att själv reflektera.
- Kom ihåg att alla former av sjuklighet begränsar tillvaron på ett eller annat sätt för patienten. Stötta därför patientens aktivitet och säg till exempel ”för att inte sjukdomen ska ta för stor plats i din tillvaro är det av största betydelse att du och dina närstående så långt möjligt gör sådant som ni brukar uppskatta”.
- Uppmuntra patienten att göra övervägda val baserade på personliga, erfarenhetsbaserade värden. ”Genom att du väljer utifrån omsorg och omtanke om dig själv, så kan du bygga upp en vardag åt dig själv som har meningsfullt innehåll. Vad skulle du till exempel vilja laga till middag om du skulle göra något extra gott just i dag åt dig själv?”
- Är patienten påtagligt idéfattig kring temat egna aktiviteter brukar det vanligtvis inte fungera särskilt bra att på ett osokratiskt sätt ta över och ge olika förslag. Bättre att visa patienten förtroende och säga att hen står inför en utmaning som bara hen kan anta. Föreslå att hen letar bakåt i sin egen historia efter goda idéer.

Stöd av en hälsofrämjande, lärande organisation

Förtroende, kunskap, kreativitet och flexibilitet inom givna ramar i patientmötet är nyckelord för en organisation

som stöder det hälsofrämjande, personcentrerade arbetssättet.

En organisation som är uppbyggd kring kontinuerligt, väglett men samtidigt självständigt lärande värnar om ett arbetsklimat som står i samklang med det förhållningssätt som vården förväntas tillämpa i det hälsofrämjande patientmötet. Det kan också uttryckas som att det i en sådan organisation finns tydliga likheter mellan synen på relationen mellan ledare och medarbetare och synen på relationen mellan vårdpersonal och patient. En sådan organisation tillmäter synpunkter från både patienter och behandlare stor betydelse. Det ger bättre förutsättningar för det hälsofrämjande, personcentrerade arbetssättet än vad som är fallet när organisationen snarare upplevs som toppstyrd och auktoritär⁹.

Politiskt stöd och forskningsstöd för personcentrerad vård och hälsofrämjande förhållningsätt

Begreppet patientcentrerad vård har funnits i politiska måldokument sedan den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1983. En ny lag om patientmakt infördes 1 januari 2015¹⁰. Den samlar alla bestämmelser av betydelse för patientens ställning, bland annat om att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning. Målet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i sin vård. Personcentrerad vård kan ses som en utveckling av dessa tankar. Begreppet påminner om att de flesta patienter, också de som har kroniska sjukdomar,

är patienter enbart ett fåtal timmar per år. Den övriga tiden lever man sitt liv som en person, med sin sjukdom¹¹.

Studier visar att ökad personcentrering skapar ett samförstånd mellan vårdens yrkesutövare och den vårdsökande patienten. Dessutom tydliggörs vårdplanering, rekommenderad behandling och rehabilitering i en gemensamt formulerad hälsoplan. Vårdtidens längd på sjukhus minskar och återgång till hemmet underlättas – framför allt för äldre¹¹.

I den aktuella SBU-rapporten ”Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården” beskrivs sammanfattningsvis att ”studier visar att ett personcentrerat arbetssätt och beslutsstöd som är riktade till långvarigt sjuka patienter har positiva effekter på utfallsmått som är relaterade till delaktighet”. Redovisningen avser ”tilltro till egen förmåga, genomförande av egenvård och hälso-relaterat beteende”¹².

Studier har även visat att när patienter tillvaratas som en aktiv resurs i vårdens planering och genomförande kan vårdtidens längd på sjukhus kortas radikalt eftersom vårdtiden blir effektivt utnyttjad från första stund. Personliga hälsoplaner underlättar också vårdkedjan, eftersom planen följer patienten genom de olika delarna i organisationen. En sådan vård blir mer jämlik och ger dessutom nöjdare patienter, bättre behandlingsresultat och minskade vårdkostnader¹¹. Varför sker detta inte i större omfattning?

Vanliga utsagor som beskriver uppfattningar om hinder, följt av svars-kommentarer¹⁵:

- ”Personcentrering är inget nytt – det har vi alltid gjort”.

Jo, det stämmer att många som arbetar inom hälso- och sjukvården verkligen vill lyssna på patienter och närstående och ge dem vård efter deras behov. Men det görs inte varje gång och inte av alla, och alltför ofta anser vi oss inte ha tid. För att uppnå en personcentrerad vård behövs systematiskt arbete och organisatoriska förändringar som kan skapa rätt förutsättningar för alla professioner i hälso- och sjukvården.

- ”Det är slumligt och bidrar inte till bättre resultat”.

Psykosociala faktorer som exempelvis tilltro till sin egen förmåga och socialt stöd är förenat med bättre behandlingsresultat. Två exempel är bättre läkning av bensår hos patienter med diabetes och ökad överlevnad med kortare vårdtider hos personer som genomgått en levertransplantation.

- ”Det är krångligt och svårt att införa”.

Nej, det behöver det inte vara. Men det kan innebära ett nytt sätt att tänka och strukturera vård och rehabilitering. Grunden är att fråga patienten vad hen tycker är viktigt och tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt där patienten får möjlighet att utgöra en kompetent partner i det gemensamma uppdraget att bidra till bästa möjliga hälsa.

- ”Det är dyrt och tar mer resurser”.

Nej, ett personcentrerat arbetssätt med hälsofrämjande förhållningssätt tar inte mera tid, utan minskar behovet av vårdens resurser. Studier har visat att vårdtidens längd på sjukhus kan kortas radikalt med mellan 30 till 50 procent – förklaringen är att

vårdtiden blir effektivt utnyttjad från första stund och sen fungerar mer effektivt genom hela vårdkedjan.

• *”Det lägger extra börda på medarbetarna”*. Nej, studier visar att den starkaste motivationen hos medarbetare i hälso- och sjukvården är viljan att leverera tjänster av god kvalitet och skapa värde för patienten¹⁵. De strukturer och den kultur som vården organiseras efter, måste ta sin utgångspunkt i att patienter är personer vi ska lyssna på och samarbeta med för att nå bättre resultat. Det kommer att krävas organisatoriska förändringar för att främja ett sådant arbetssätt.

Incitament och ersättningssystem behöver utvecklas för att uppmuntra ett hälsofrämjande förhållningssätt där patienten är en nyckelspelare i sin vårdprocess och vårdens medarbetare får utrymme att bättre tillgodose sina patienters verkliga behov. Utvecklingen av möjligheterna att behandla många sjukdomar har bidragit till att ge människor fler år i livet – nu är utmaningen att bidra till ett bättre liv under de år man lever med sin sjukdom. En sådan omställning har redan startat på sina håll i landet. Det handlar till stor del om att ta vara på gammal klokskap men också om ny kunskap, att bryta gamla hierarkier, byta perspektiv och skapa ett systematiskt lärande i vården.

Till sist kan det vara värt att påminna dem som hävdar att det saknas tid för ett personcentrerat, hälsofrämjande arbetssätt att ju mindre tid man har till sitt förfogande desto viktigare är det att använda den tiden på bästa sätt.

Referenser

1. Kristenson M. Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I: Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012, s. 25–32.
2. Ursin H, Eriksen H. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroimmunology* 2004; 29, 567-592
3. Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, et al. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med.* 2004; 58(8): 1511–1522
4. Vedhara K. Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. *Brain Behav Immun.* 2012; 26(2): 210–11.
5. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, et al. Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. *Transplant Proc.* 2011; 43(1): 155–57.
6. Socialstyrelsens termbank 2009. <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
7. Dorion, L-A. Sokrates. Furulund: Alhambras pocket; 2006.
8. Buber, M. Jag och du. Dualis förlag; 1994.
9. Hertting, A, Kristenson, M (red.). Hälsofrämjande möten. Kap. 4-6. Lund: Studentlitteratur; 2012.
10. Patientlagen (2014:821)
11. Andréen, J. m fl. (2016) Gör ”mötet” till obligatoriskt kompetensområde. *Läkartidningen.* 2016;113:D9YC.
12. SBU-rapporten ”Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 260. ISBN 978-91-88437-02-0
13. Ekman I, red. Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
14. Ivarsson K. Möten i vården. Lund: Studentlitteratur; 2015.
15. Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård 2015: De kroniska sjukdomarnas utmaning; Personcentrerad vård. En effektivare hälso- och sjukvård med människan i centrum.