

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, vad varför och hur?

Margareta Kristenson

Margareta Kristenson, professor, överläkare, Linköpings universitet/ Region Östergötland.
Tidigare nationell koordinator, numera senior advisor, för det svenska HFS-nätverket.
E-post: margareta.kristenson@liu.se

Ett huvudargument bakom WHO:s initiativ till en hälsofrämjande hälso- och sjukvård var att en re-orientering mot hälsa skulle leda till en effektivare hälso- och sjukvård som bättre mötte samhällets behov. Det andra argumentet var behovet att ta vara på sjukvårdens kunskap, kontaktyta och auktoritet för att stärka folkhälsoinsatserna. Denna ansats, som innebär att utveckla och integrera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i all hälso- och sjukvård har idag ett starkt vetenskapligt stöd. Den är grunden för målområde 6 i det nationella folkhälsomålet, en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, och dess utveckling drivs av det svenska HFS nätverket. Exempel på hur detta kan ske ges i följande kapitel i detta temanummer.

One main argument behind the WHO initiative for a health promoting health service was that a reorientation towards health would lead to a more effective health service which could better meet the needs in the society. The other argument was the need to use the knowledge, contacts and prestige of hospitals and health services to strengthen public health initiatives. This concept, which means that health promotion and disease prevention shall be integrated in all health services has today a strong scientific support. This concept is the base for the national target for health number 6 and the development is driven by the Swedish HPH network. Examples on how this can be done are given in following chapters.

Tankarna och idéerna om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård bygger på tankarna i WHO:s Ottawadeklaration¹. Den beskriver behovet av en ”re-orientering” av hela hälso- och sjukvården, för att på ett bättre sätt kunna möta samhällets behov. Grunden till att WHO såg detta behov, var två problem. Det ena gällde att folkhälsoarbetet inte hade den kraft man önskade. Alma Ata-deklarationen som antogs 1978 hade fastslagit vikten av en stark primärvård som grund för ett starkare folkhälsoarbete². Emellertid hade detta inte gett den kraftsamling man hade

hoppats. Man såg nu vikten av att även involvera sjukhusen i detta arbete för att ta tillvara också sjukhusens kunskap, auktoritet och kontaktyta i arbetet för en bättre hälsa i befolkningen.

Det andra problemet, och den, sannolikt, starkaste drivkraften, var att sjukvården hade problem med en rad tilltagande utmaningar. Dessa innefattade en ändrad demografi med fler äldre, ett ändrat sjukdomspanorama med fler långvarigt sjuka där en allt större del av vårdinsatser var ”reparativa” och inte botande, nya krav från brukarna samt ny kunskap och teknik.

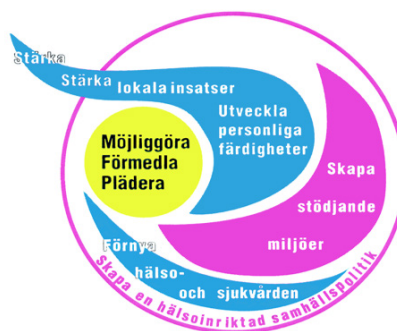
Och allt detta i en situation med allt stramare ekonomiska ramar. Gapet mellan behov och resurser var stort och det var nödvändigt med ansatser och arbetsformer som kunde bidra till att minska detta gapet³.

En tydligare målorientering av sjukvården, med det uttalade målet bättre hälsa (hälsovinst), skulle skapa en effektivare verksamhet som bättre motsvarade samhällets behov. Denna re-orientering innebar förändrade arbetssätt i vårdens arbete utifrån en helhetssyn på patientens hälsa och behov. Den innebar också en utveckling av vården som en hälsofrämjande arena med hälsofrämjande insatser för patienterna, med hälsofrämjande förhållningssätt och en vårdmiljö anpassad för att möta behovet hos patienter med kroniska eller multipla hälsoproblem. Till detta lades en tydligare proaktiv ansats, dels i form av förebyggande insatser för patienter, dels för att ”öppna sjukvårdens murar mot samhället”, öka kunskapen om hälsan och dess orsaker i befolkningen och stärka sjukvårdens deltagande i samhällsinriktade insatser för att förebygga sjukdom och främja hälsa. En del i denna ansats var att utveckla en hälsofrämjande arbetsmiljö för vårdens medarbetare⁴.

Tänkarna om en hälso-orienterad sjukvård utvecklades vid WHO:s Europakontor i slutet av 1980-talet^{3,4}. Eftersom primärvården redan ansågs vara ”på banan” utvecklade man konceptet Health Promoting Hospitals (HPH). För att prova detta nya koncept startade WHO 1992 ett pilotprojekt dit man bjöd in 20 pilotsjukhus i Europa som deltog under en pilotfas 1992-1995⁵. Universitetssjukhuset i

Linköping var ett av dessa sjukhus och det enda från Norden. Erfarenheterna var positiva och efter pilotfasens slut fick varje pilotsjukhus i uppdrag att skapa egna nätverk inom sin nation/region för att stimulera denna utveckling.

Detta var starten för det internationella nätverk av Health Promoting Hospitals (HPH) som idag har cirka 700 medlemmar i hela världen^{6,7}.



Figur 1: Modellen som togs fram för att illustrera Ottawamanifestet som skrevs 1986, och där re-orientering av hälso- och sjukvården utgör en del.

Det Svenska Nätverket för Hälsofrämjande sjukhus (HFS) etablerades 1996 och är en del av det internationella HPH-nätverket. Efter några år blev det tydligt att även övriga delar av hälso- och sjukvården, särskilt primärvården, borde ingå i nätverket och namnet ändrades då till Health Promoting Hospitals and Health Services (hälsofrämjande hälso- och sjukvård).

Det svenska nätverket startade således som ett nätverk av sjukhus och ganska snart också primärvårdsorganisationer. I det svenska nätverket blev det efter ytterligare några år tydligt att även denna form var för ”trång”. Många medlemmar ville utveckla sin

verksamhet utifrån nätverkets ide, men hade inte detta uppdrag. Medlemmarna erbjöds då att delta som landsting eller regioner, vilket innebar att även uppdragsgivaren blev delaktig i utvecklingsprocessen. Det svenska nätverket har därför under många år arbetat med management-frågor, som exempelvis avtalstexter kring förebyggande och hälsofrämjande uppdrag.

Den här utvecklingen innebar att även Folkvandvården blev en del i HFS-nätverket. Deltagandet i nätverket har successivt ökat och sedan 2016 är alla landsting och regioner i Sverige medlemmar i nätverket, och därtill två privata vårdgivare⁸.

Man skulle kunna hävda att HFS-nätverkets uppdrag sammanfaller med, och även innebär att uppfylla, uppdraget i den hälso- och sjukvårdslag som kom 1983. Det var då som sjukvårdslagen fick prefixet ”hälso-”, och lagens grundansats beskriver att målet för hälso- och sjukvården är att skapa god hälsa och erbjuda vård på lika villkor. I denna lag beskrivs vikten av att sätta ”patienten i centrum”, av prevention och av ett folkhälsooperativt. Men, trots denna nya lag hände inte så mycket under de första åren. En orsak till detta kan vara att det finns olika bilder av begreppet hälsa. Och särskilt, olika bilder av vem som har uppdraget att arbeta med hälsa. Binstreckat har närmast kommit att illustrera en tu-delning inom vården där hälsoarbetarna har arbetat i egna organisationer, parallellt med sjukvården, med fokus på folkhälsa och utåtriktat arbete medan sjukvården fokuserat sjukdom och patienter. Det utmärkande, radikala och viktiga med

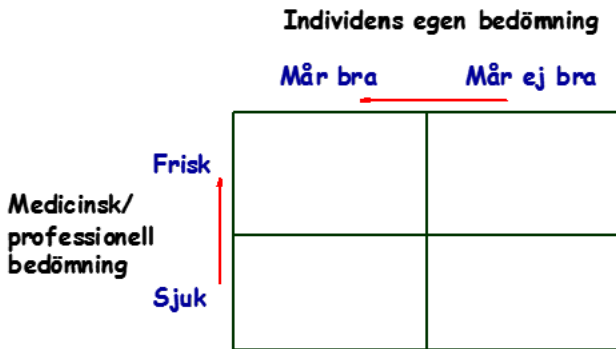
konceptet HFS är att både folkhälsoarbetet och sjukvården har så mycket att vinna på denna ansats där hälso-perspektivet integreras i den ordinarie hälso- och sjukvården och där sjukvårdens kunskap om sjukdomar och deras orsaker stärker folkhälsoarbetet. Exempel på hur detta kan ske är temat i detta temanummer.

Men först mer kring hälsobegreppet. För att kunna skapa en hälso- och sjukvård, och en hälso-orientering av verksamheten, behöver vi en samsyn kring begreppet hälsa. WHO:s hälso-definition⁹ skapades 1946 och säger att

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada.”

Definitionen uppfattades på sin tid som mycket radikal. Den har också fått kritik för att vara omöjlig att uppnå – eftersom ingen kan ha ett fullständigt välbefinnande. Men vi vet också att ingen heller har total frånvaro av sjukdom eller skada. Det är viktigt att påminna om att detta är ett visionärt mål som beskriver bästa möjliga hälsa. Det illustrerar att hälsa är mer än frånvaro av sjukdom och lyfter fram de dimensioner vi behöver sträva efter att stärka.

En orsak till denna vidgade hälso-definition som, utöver sjukdom, inkluderar individens upplevelse av välbefinnande var förändringen av sjukdomspanoramata. När de medicinska framstegen gör att allt fler överlever akut sjukdom, men fortfarande inte är botade innebär det att uppdraget också innefattar att hjälpa männ-



Figur 2: Hälsokorset, som illustrerar att hälsobegreppet har två dimensioner, dels professionens bedömning av närvaro och grad av sjukdom, dels individens bedömning av hälsa och välbefinnande.

iskor att leva med långvarig sjukdom.

Det är också viktigt att se att hälsa här beskrivs som ett tvådimensionellt begrepp. Den ena dimensionen, frånvaro av sjukdom, bygger på en professionell bedömning av individens sjukdom och dess allvarlighetsgrad; diagnos, funktionsnedsättning, skada. Den andra dimensionen, välbefinnande, utgår från individens egen upplevelse och omfattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Figuren ovan illustrerar dessa två dimensioner av hälsa. Pilarna illustrerar riktningen mot bästa möjliga hälsa

I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår båda dimensionerna. Den medicinska/professionella bedömningen är en självklar grund och en förutsättning för diagnos och sjukdomsspecifik medicinsk behandling där målet är minsta möjliga sjukdom/sjukdomsgrad. Men, alla blir inte botade, utan en ökande andel patienter lever med kronisk sjukdom. Det påverkar behovet av en hälsodefinition som också belyser den upplevda dimensionen. I dag är huvuddelen av hälso- och sjukvårdens insatser inriktade på behand-

ling av kroniska sjukdomar. Och där är vårt uppdrag att hjälpa våra patienter att hantera och leva med sin sjukdom med bästa möjliga välbefinnande och hälsorelaterade livskvalitet. Detta är viktigt i sig.

Men, som vi ska se i följande kapitel, påverkar välbefinnandet också patientens sjukdomsprognos och läkeförmåga. I Socialstyrelsens termbank definieras begreppet hälsa analogt med WHO:s definition med undantaget ”fullständig”¹⁰.

Figuren kan också underlätta för oss att särskilja de två begreppen sjukdomsprevention och hälsofrämjande, som ofta används synonymt, fast de inte är det. I Socialstyrelsens termbank skriver man:

Förebyggande åtgärd: ”för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem”. Förebyggande relaterar således till en professionell bedömning av sjukdom eller problem.

Hälsofrämjande åtgärd: ”fokuserar på människors självskattade bedömning av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Avsikten är att stärka människors möjlighet till

delaktighet och tilltro till egen förmåga". Hälsöfrämjande relaterar således till individens egen bedömning.

Fyra perspektiv

WHO-konceptet Health Promoting Hospitals beskrivs första gången i Budapest deklARATIONEN 1991⁴ och samma grundtankar har därefter utvecklats i Wien-rekommendationen (1997)¹¹. I det svenska HFS-nätverket har texterna i dessa dokument, som alla innehåller en lång rad rekommendationer, strukturerats under fyra perspektiv:

1) Patientperspektivet

Integrera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i all behandling

2) Medarbetarperspektivet

Bli modell för den goda arbetsplatsen

3) Befolkningsperspektivet

Bidra med kunskap och aktivt delta i folkhälsoarbetet

4) Managementperspektivet

Genom tydligare hälsoorientering skapa effektivare hälso- och sjukvård

Sverige fick 2003 en nationell policy för folkhälsa. Policyn innehåller ett övergripande folkhälsomål samt elva målområden som fokuserar på hälsans bestämningsfaktorer. Ett av dessa (målområde 6) avser en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och innehåller samma grundansats och samma fyra perspektiv som HFS-konceptet^{12,13}. Denna ansats har ytterligare stärkts i propositionen från 2007 där det står att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska integreras i all hälso- och sjukvård¹⁴.

Detta temanummer om den hälsofrämjande hälso- och sjukvården vill beskriva vad detta innebär i praktiken, i termerna vad, varför och hur. Detta sker genom att olika kapitel illustrerar de fyra perspektiven.

1) Patientperspektivet

Betydelsen av hälso- och sjukvårdens behandlande insatser är uppenbara vad gäller reparativa insatser. En operation för en ny höftled eller en starroperation har omedelbara effekter på människors möjlighet att leva ett aktivt liv. En följd av de stora medicinska framstegen är att många fler i dag överlever tidigare livshotande sjukdomar, som hjärtinfarkt och många cancerformer. I dag ses exempelvis flera cancerformer som kroniska sjukdomar. Men i många fall är sjukdomen inte botad utan behöver fortsatt behandling, vilket innebär att hälso- och sjukvårdens största insatser i dag avser kroniska sjukdomar, med uppgift är att hjälpa individen att leva sitt liv med bästa möjliga livskvalitet och självskattad hälsa. Uppdraget att främja hälsa genom att stärka individens egna resurser såsom tilltro till egen förmåga, är därför viktigare i dag än tidigare.

Kapitel 1) Det goda mötet stärker patienternas motståndskraft och hälsa

Kapitlet beskriver dels hur och varför välbefinnande påverkar hälsa och sjukdom men också hur man skapar goda möten och hur detta kan härledas till läkekonstens grunder. Det hälsofrämjande mötet är ett relationellt möte mellan två parter med komplementära kunskaper där den professionelle har

medicinsk sakkunskap medan patienten har unik kunskap om sitt eget liv och är partner i det gemensamma arbetet för hälsa och livskvalitet.

Kapitel 2) Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården

Kapitlet beskriver hur hälsolitteracitet, dvs en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation, är en förutsättning för patientens delaktighet i sin vård. Denna påverkas av individuella förutsättningar men ännu mer av hälso- och sjukvårdens förmåga att kommunicera och ge information som är lätt att förstå, inkluderande och tillgänglig. Kapitlet presenterar konkreta metoder för detta .

Kapitel 3) Systematik och kompetensstöd för sjukdomsförebyggande insatser för patienter – fokus på levnadsvanor

De flesta av våra folksjukdomar är möjliga att förebygga genom att främja goda levnadsvanor och det finns idag evidensbaserade och mycket kostnads-effektiva metoder som beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Kapitlet diskuterar varför det trots detta inte sker mer. Vikten av kunskap, attityder och nya arbetssätt belyses liksom behov av strukturella förutsättningar med tydliga uppdrag, tid och resurser.

Kapitel 4) Samtal om tobak och kvalificerad rökavvänjning – ett exempel på sjukdomsförebyggande arbete i klinisk praxis

Hälso- och sjukvårdspersonal har förtroende och legitimitet att diskutera levnadsvanor med patienten. Kännedom om patientens levnadsvanor är första steget. Öppna frågor och aktivt

lyssnande, utifrån en samtalsmetodik såsom motiverande samtal har visats ge bäst resultat. I kapitlet ges praktiska exempel på hur detta kan ske med exempel från tobaksområdet.

Kapitel 5) Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande

Kapitlet beskriver betydelsen av arkitektur och design, av en vårdmiljö som är lätt att tolka och förstå, av möjlighet till privathet samt en estetiskt tilltalande miljö som visar respekt och värdighet för besökaren, men också att dessa olika delar samverkar och måste ses i ett sammanhang. Denna kunskap måste också implementeras i praktiken.

Kapitel 6) Kulturens betydelse för patientens hälsa

Kulturella upplevelser som bildkonst, dans, musik, teater och skrivande, kan via emotionella reaktioner ge effekter på kroppens hormonsystem och på sjukdomens läkprocesser. Kapitlet ger exempel från olika medicinska verksamheter, och konkluderar att kulturella aktiviteter kan vara viktiga i många kliniska verksamheter, från äldrevård, kirurgi och depressionsbehandling till barn- och ungdomsmedicin.

2) Medarbetarperspektivet

Medarbetarperspektivet är viktigt av två skäl; det ena skälet är en trovärdighetsfråga: då den verksamhet som har ”hälsan som affärsidé” borde vara föregångare i att skapa en hälsofrämjande arbetsmiljö för sina medarbetare. Det andra skälet är att medarbета-

res arbetsmiljö, hälsa och engagemang är en förutsättning för god och säker vård.

Kapitel 7) Hälsofrämjande arbetsmiljö – en framgångsfaktor för god vård

Arbetsförhållanden, arbetsinnehåll och arbetstillfredsställelse är nyckelfaktorer för ”attraktivt arbete”, och påverkar personalomsättning och hälsa hos vårdanställda, vilket beskrivs i det här kapitlet. Viktiga arbetsmiljöfaktorer är ett socialt kapital i form av erkännande, ömsesidighet och tillit mellan människor samt verksamhetsnära ledarskap och utveckling. Det sociala kapitalet liknas vid bränslet i ett kretslopp för att skapa denna arbetsmiljö.

3) Befolkningsperspektivet

Betydelsen av hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens hälsa har ibland ifrågasatts. Det är framförallt när utvecklingen av folkhälsan följts historiskt som frågan ställts om det snarare är den allmänna välfärdsutvecklingen som spelat roll för förbättringar i folkhälsan. Hälso- och sjukvårdens förutsättningar att, genom medicinsk (kirurgisk eller farmakologisk) behandling, påverka befolkningens hälsa har förbättrats påtagligt under sista delen av 1900-talet och framåt. Hälso- och sjukvården har därtill en viktig uppgift vad gäller förebyggande insatser, i form av specifik kunskap, förtroende, och breda kontaktytor. Detta sker i dag genom t.ex. mödra-, barn- eller skolhälsovård, vaccinationer och genom identifiering och behandling av individer med riskfaktorer för sjukdom tex högt blodtryck. I dag finns också kunskap om

värdet av att inbjuda vuxna till riktade hälsosamtal vilket beskrivs nedan;

Kapitel 8) Befolkningsuppdraget, exemplet hälsoundersökningar – först misstrott, nu evidensbaserat

Västerbottens Hälsoundersökningar och Hälsosamtal i Skaraborg och Jönköpings län, representerar ”riktade hälsosamtal” för prevention av hjärt-kärlsjukdomar som visat tydliga effekter i form av minskad dödlighet. Det som framförallt skiljer detta koncept från generella hälsokontroller, är hälsosamtalet med en personcentrerad samtalsmetodik utifrån individens preferenser, att det drivs integrerat i primärvården samt att det kombinerar låg- och högriskstrategi.

Kapitel 9) Ett tandvårdsperspektiv på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet – exempel på kariesprevention från Västra Götaland

Från att för 100 år sedan i stort sett alla hade karies är i dag är många helt fria från detta. Samtidigt har en ojämn fördelning av kariessjukdomen blivit tydlig. Kapitlet beskriver ett preventivt och hälsofrämjande arbete med exempel utifrån olika åldrar. Vikten av samverkan mellan professioner samt register för att kunna utvärdera insatta åtgärder, lyfts också fram.

Kapitel 10) Hälsofrämjande processer som drivkraft för hållbar utveckling.

I artikeln diskuteras hur hälsofrämjande processer kan underlätta framtidens ledarskap för samling kring gemensamma mål och för delaktighet i arbetet för ett hållbart och framgångsrikt samhälle. Hälso- och sjukvården

är en aktör bland många andra för vilka begreppet hållbar utveckling via det hälsofrämjande perspektivet kan utvecklas till självklara engagemang.

11) Den opinionsbildande hälso- och sjukvården – tar vi vårt ansvar?

Kapitlets budskap är att storleken på det förebyggbara sjukvårdsbehovet borde leda till att alla verksamma i hälso- och sjukvården, i kraft av kunskap och erfarenhet, borde engagera sig i en opinionsbildning för att stödja nödvändiga hälsopolitiska beslut. Erfarenheter ges från det tobakspreventiva området som visar att djupt rotade uppfattningar hos politiska företrädare kan påverkas, men att mycket återstår att göra.

4) Managementperspektivet

Ett av grundargumenten för WHO:s initiativ till den hälsofrämjande hälso- och sjukvården var att använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

En hälsoinriktad helhetssyn väver samman medicinsk diagnostik och behandling med patientens självupplevda hälsa. Genom en målorientering där man formulerar vårdens uppdrag och mål i termer av hälsoresultat, kan prioritering, samordning och effektivisering underlättas. På detta sätt kan hälsoorienteringen ses som ett strategiskt instrument som kan utveckla en, i reell mening, effektivare hälso- och sjukvård: man beställer hälsoeffekter.

Kapitel 12) Har vi råd att inte arbeta förebyggande? Hälsoekonomiska analyser som prioriteringsunderlag

Värdering av kostnadseffektiviteten genom hälsoekonomiska utvärderingar är nödvändiga för att kunna bli en del i prioriteringsbesluten. I artikeln beskrivs Hälsoökalyptorn som skattar hälsoekonomisk effekt av en förändring av befolkningens levnadsvanor och hälsoekonomiska analyser av livsstilsinterventioner i primärvården som visar låga kostnader per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår.

Kapitel 13) Att fråga patienten hur hen mår – ett sätt att lära och leda vårdens insatser mot hälsa

Patientrapporterade mått är nödvändiga för att få kunskap om hälso- och sjukvårdens resultat ur patientens perspektiv. I dag finns en rad instrument med god kvalitet som ger information om patienternas självskattade hälsa. Dessa används nu alltmer i klinisk vardag, bland annat i kvalitetsregister. Det pågår också en utveckling mot arbetsbesparande datainsamlingsmetoder. En kvarstående utmaning är att använda dessa mätresultat som grund för förbättringsarbeten.

Kapitel 14) Lärandeprocesser och kunskapsutveckling för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård genom HFS-nätverket

Artikel beskriver hur det svenska HFS-nätverket arbetar genom att sprida kunskap, ge inspiration och påverka andra aktörer. Formerna innefattar temagrupper för lärande och erfarenhetsutbyte, kollegialt lärande och årliga självutvärderingar. Genom detta skapas mötesplatser och strukturer för lärandeprocesser och inspiration för utvecklingsarbete mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

15) Att styra och leda mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Att styra och leda mot en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård är en utmaning då det kräver ett perspektivskifte i synen på hälso- och sjukvårdens uppdrag, där hälsan är målet. En framgångsfaktor är att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete blir en naturlig i behovsanalys, uppdrag och uppföljning och ges samma tyngd som övrig vård och behandling. Uppföljning av uppdragen är nödvändigt för att skapa trovärdighet.

Från visioner till evidens

Detta temanummer beskriver en idé om den hälsoinriktade sjukvården som nu är 30 år gammal men vars relevans ökar för varje år. De problem man såg i WHO 1992 med en ändrad demografi med fler äldre, ett ändrat sjukdomspanorama med fler långvarigt sjuka och allt stramare ekonomiska ramar ser vi också idag. Gapet mellan behov och resurser var stort och WHO såg nödvändigheten av ansatser och arbetsformer som kunde bidra till att minska det gapet. Även detta är mycket välbekant.

Skillnaden är att vi under dessa år fått forskningsbaserad kunskap och evidensbaserade metoder för vad man kan göra. Vi har därför gått från visioner och idéer till ett systematiskt, evidens- och kunskapsbaserat, utvecklingsarbete för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Om detta handlar följande kapitel.

Referenser

- 1) World Health Organisation, editor. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- 2) Declaration of Alma-Ata, adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- 3) Milz H, Vang J. Consultation on the role of health promotion in hospitals. In: Health Promotion International 1989;3 ;425-7
- 4) International Network of Health Promoting Hospitals, eds. The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Vienna, 1991
- 5) Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajić K, editors. Pathways to a health promoting hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Hamburg: Health Promotion Publications, 1998.
- 6) WHO Regional Office for Europe, The international network of health promoting hospitals and health services: Integrating health promotion into hospitals and health services., ed. WHO. 2007.
- 7) The International network of health promoting hospitals and health services (HPH) webbplats <http://www.hphnet.org/>
- 8) Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HSF) webbplats; <http://www.natverket-hfs.se>
- 9) World Health Organisation, Preamble to the Constitution of the World Health Organisation., ed. n. 1946:Official Records of The World Health Organisation, p 100, 1946
- 10) Socialstyrelsens Termbank. <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
- 11) International Network of Health Promoting Hospitals, editor. The Vienna recommendations on health promoting hospitals. Vienna, 1997
- 12) Statens Folkhälsoinstitut, På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsförslag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. 2004.
- 13) Proposition 2002/02:35. Mål för folkhälsan.
- 14) Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.