

# Kollegialt lärande

– processledning Västmanlands läns landsting  
och Gävleborgs läns landsting våren 2014

## Innehållsförteckning

|                      |   |
|----------------------|---|
| 1. Syfte             | 3 |
| 2. Frågeställningar  | 3 |
| 3. Steg i modellen   | 3 |
| 4. Tidsåtgång        | 4 |
| 5. Medverkande       | 4 |
| 6. Beskrivning från  | 4 |
| 7. Beskrivning från  | 5 |
| 8. Reflektioner från | 7 |
| 9. Reflektioner från | 8 |

## Bilaga 1

## 1. Sammanfattning

Det kollegiala lärandet är en del i HFS-nätverkets erfarenhetsutbyte som lärande organisation och syftet är i första hand ett ömsesidigt lärande av den egna och en annan organisations arbete utifrån medlemskapet i HFS.

Det kollegiala lärandet har skett mellan Landstinget Gävleborg och Landstinget Västmanland med start under våren 2014. Processledaren är den som har avsatt mest tid för arbetet och arbetstidsåtgången under våren var ungefär 50 timmar. Övriga deltagare har varierande antal timmar som ligger runt 1 arbetsdag.

Den gemensamma upplevelsen är att kollegialt lärande som metod är värdefullt för att utveckla det egna hälsofrämjande arbetet. Att träffas och öppet diskutera kring styrning, ledning och arbetsprocesser berikar det fortsatta egna och gemensamma arbetet på flera plan. Samtalen både internt och tillsammans har lett till fördjupade insikter, kunskaper och idéer.

## 2. Syfte

Det kollegiala lärandet är en del i HFS-nätverkets erfarenhetsutbyte som lärande organisation samt en av de aktiviteter som finns kopplat till medlemsåtagandet; att aktivt delta i arbets- och temagrupper samt nätverksgemensamt arbete.

Syftet är ett ömsesidigt lärande där respektive deltagare ska få ökad kunskap om den egna och den andra organisationens arbete, när det bland annat gäller styrning, ledning och arbetsprocesser inom ramen för medlemskapet i HFS nätverket.

## 3. Metod

Deltagarna ska vid det kollegiala lärandet ges möjlighet att reflektera över det egna arbetet för att i dialog lyfta fram styrkorna med det pågående arbete samt framtida utvecklingsområden. I dialog med den andra organisationens deltagare diskuteras sedan det pågående arbetet och dess styrkor samt tänkbara förändringar och förbättringar. Deltagarna genomför en ”granskning” utifrån en gemensamt fastställd manual. Gällande manual för detta kollegiala lärande finns att ta del av på nätverkets hemsida.

## 4. Frågeställningar

- Hur är det hälsofrämjande arbetet organiserat?  
Var i landstingets organisation?  
Finns det en styrgrupp?  
Vem är ordförande i styrgruppen?  
Vilka övriga funktioner ingår i styrgruppen?  
Finns det en handlingsplan och hur ser den ut?
- Hur följs handlingsplanen upp?

- Beskriv processen för att besvara HFS indikatorenkät och ENSH tobaksenkät?  
Hur samordnas detta med övrig uppföljning av det hälsofrämjande arbetet men även med övrig verksamhetsuppföljning?
- Finns skrivet uppdrag för processledaren/processledarna och hur ser det ut?
- Hur mycket tid, alternativt andel av tjänst har man avsatt för sitt/sina uppdrag?
- Vem rapporterar man till?
- Finns nätverk för hfs-arbetet?  
Hur många deltar och hur ofta träffas man?  
Vilken funktion i verksamheten har deltagarna?  
Vilken roll, vilket uppdrag och vilket mandat har deltagarna? .  
Redovisas den totala tidsåtgången för varje deltagare?  
Finns det forum, möten med verksamhetschefer. Hur ofta?
- Finns det kontaktpersoner per vårdcentral/klinik?
- Hur ser kontaktpersonernas uppdrag och omfattning ut?
- Beskriv hur de hälsofrämjande och förebyggande insatserna dokumenteras och hur man använder utdata.
- Beskriv ersättningsformer till verksamheten, insatser, projektmedel, andra former?
- Beskriv deltagande i HFS temagrupper.
- Har landstinget tagit fram riktlinjer, program eller liknande kopplat till Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor?
- Används någon modell för att implementera riktlinjerna för levnadsvanor? I så fall vilken modell?
- Beskriv vilka utbildningsinsatser som genomförs och planeras när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Viktigt att framföra att den mottagande parten alltid är ägare av det som framkommer.

## 5. Steg för steg i modellen

### Steg 1

De två deltagande landstingen tillsätter ett team, bestående av processledarna inom HFS. Vid ett första inledande möte (fysiskt eller videokonferens) träffas teamen för att tillsammans gå igenom instruktionen, så att alla har samma utgångsläge och är överens om vilka frågor som ska besvaras. Högst 1h

**Genfördes vid telefonkonferens 2014-01-24**

## Steg 2

Varje deltagande landsting går igenom och besvarar frågorna. Komplettera gärna med kommentarer och reflektioner. Ta med de skriftliga handlingsplaner, rutiner, PM, flödesschema och uppföljningsdokument. **Var klart under v 12.**

Allt överlämnas till det andra landstinget, som läser igenom och förbereder steg 3. Samma personer går igenom det material man fått och gör bedömningar som föreslås bestå av ett +tecken för starka sidor som bedöms välfungerande, samt ett -tecken som anger förbättringsområden. Ca 3h/landsting.

## Steg 3

Teamen träffas och ger varandra återkoppling genom skriftliga kommentarer och muntlig information. Vad är bra och vad kan förbättras. Vad har vi att lära av varandra? Goda exempel att ta med sig hem? Ca 3h (1,5h vardera)

### **Genomfördes under v 20**

Sammanställning av arbetet, både skriftligt och muntligt genomfördes fram till och med vecka 36.

## Steg 4

Förbättringsarbeten inom den egna verksamheten.

## Steg 5

Uppföljning efter ca 1 år: vilka förbättringar har man åstadkommit utifrån lärandeprocessen? Hur vidmakthålla förbättringsarbetet? Ca 2-3h

## 6. Tidsåtgång

Gävleborg: Processledaren avsatte ungefär 50 arbetstimmar, det vill säga ungefär 6 arbetsdagar fram till och med september 2014. Arbetsgruppens deltagare hade en tidsåtgång på ungefär 1 arbetsdag vardera under samma period (6- 14 timmar). Tiden fördelades på arbetsgruppsträffar, inläsning och sammanställning av material samt interna diskussioner kring det fortsatta arbetet.

Västmanland: Processledare avsatte för sammanställning ungefär 2 dagar, möte i Gävle 1 dag. Möten, förberedelse och uppföljning ca 2 dagar. Sammantaget ungefär en arbetsvecka

Chefen för Kompetenscentrum för hälsa (KCH) och utvecklaren inom Västmanlands sjukhus (VS), 2 arbetsdagar vardera.

## 7. Beskrivning från Västmanland

### 8. Hur är det hälsofrämjande arbetet organiserat?

#### Organisationsbild bifogad

För styrning och ledningsperspektivet finns Hälso- och sjukvårdsgruppen som har att driva det hälsoinriktade arbetet. Landstingsplanen anger en tydlig inriktning för arbetet där både medlemsskapet i HFS och implementeringen av socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder betonas.

Kompetenscentrum för hälsa (KCH) finns för processledning och implementering och har ett uppdrag att arbeta som ett stöd för hälsoinriktningen internt.

För patientperspektivet finns en ansvarig person (verksamhetsutvecklare/controller) inom varje förvaltning, dvs den specialiserade vården, den landstingsdrivna primärvården, vuxenpsykiatri, Vårdvalet, Folktandvården och habiliteringsverksamheten. Dessa personer har till uppgift att driva det hälsoinriktade arbetet ut i sina förvaltningar genom egna kanaler. För medarbetarperspektivet finns en ansvarig person inom HR och en inom Landstingshälsan. Dessa personer driver att hälsoinriktningen finns tydliggjort i både strategiska dokument och ut till medarbetarna. Att arbeta för att arbetsplatserna ska bli mer hälsofrämjande har pågått sedan inträdet i HFS-nätverket och har även en forskningsdel tillkopplad.

För befolkningsspektivet finns en ansvarig person från KCH som driver, tillsammans med hälsoplanerare på KCH, det utåtriktade arbetet till kommuner och andra organisationer via bl.a. hälsoråd eller motsvarande i varje kommun.

Hälsocentrum Västmanland finns uppbyggt som består av Hälsocenter, Tobaksenhet och Självhjälpcentrum. Se bifogat uppdrag för den verksamheten.

Var i landstingets organisation?

Landstingsgemensamma funktioner som är en övergripande förvaltning och ligger nivån under landstingsdirektören.

Finns det en styrgrupp?

Ja, se organisationsbilden och skrivningen om styrning och ledning.

Vem är ordförande i styrgruppen?

Hälso- och sjukvårdsdirektören

Vilka övriga funktioner ingår i styrgruppen?

chef Vårdval

chef Kompetenscentrum för hälsa

HR-direktör

medicinsk rådgivare

sjukhuschef

bitr. sjukhuschef

förvaltningschef för landstingsdriven primärvård och vuxenpsykiatri

landstingsdirektör

chef Enheten för Kunskapsstöd och Utbildning

Finns det en handlingsplan och hur ser den ut?

Övergripande handlingsplan från ansökan (bifogad) och handlingsplan för 2014 (bifogad)

**9. Hur följs handlingsplanen upp?**

Återkommande rapporter till Hälso- och sjukvårdsgruppen (styrgruppen) och på förfrågan till landstingsstyrelsen.

**10. Beskriv processen för att besvara HFS indikatorenkät och ENSH tobaksenkät?**

Varje medlem i HFS-arbetsgruppen (se beskrivning fyra punkter ner) har svarat utifrån sitt perspektiv och en enkät för varje verksamhet har skickats in. Medarbetar- och befolkningperspektivet har också besvarats av perspektivansvariga personer och är gemensamt liksom styr- och ledningsperspektivet som har besvarats av processledaren.

Hur samordnas detta med övrig uppföljning av det hälsofrämjande arbetet men även med övrig verksamhetsuppföljning?

Inte alls i dagsläget, har inte hittat hur det kan göras.

**11. Finns skrivet uppdrag för processledaren/processledarna och hur ser det ut?**

Nej, det finns bara muntligt.

**12. Hur mycket tid, alternativt andel av tjänst har man avsatt för sitt/sina uppdrag?**

50% processledare och 50% för att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

**13. Vem rapporterar man till?**

Styrgruppen, dvs hälso- och sjukvårdsgruppen. Varje deltagare i HFS-arbetsgruppen rapporterar till sina ledningsgrupper el. dyl.

**14. Finns nätverk för hf-arbetet?**

Ja, det finns en HFS-arbetsgrupp, se organisationsbilden.

Hur många deltar och hur ofta träffas man?

HFS-arbetsgruppen träffas två timmar en gång i månaden eller oftare efter behov.

Processledaren, sammankallande  
ansvariga för patientperspektivet inom den specialiserade vården  
Primärvården (Vårdvalet)  
Habilitering  
Tandvård

ansvariga för medarbetarperspektivet HR  
Landstingshälsan

ansvariga för befolkningsperspektivet KCH (Hälsocentrum)  
KCH (hälsoundersökningar)

ansvarig för utbildningsinsatser KCH  
kommunikatör adjungerad till gruppen

Vilken funktion i verksamheten har deltagarna?

Verksamhetsutvecklare, verksamhetscontroller, hälsoplanerare, utredare, utvecklare  
HR och landstingshälsans chef finns i HFS-arbetsgruppen.  
Från KCH finns processledare, folkhälsoutvecklare och metodutvecklare.

Vilken roll, vilket uppdrag och vilket mandat har deltagarna? .

Deltagarna i HFS-arbetsgruppen är utsedda av respektive förvaltningschef i Hälso-  
och sjukvårdsgruppen. Uppdraget och mandat är inte specificerat utifrån varje  
verksamhet men HFS-handlingsplanen gäller för alla.  
I vars och ens närverk på hemmaplan ser det väldigt olika ut men nätverken utgörs i  
huvudsak av personer som arbetar i den direkta vården.

Redovisas den totala tidsåtgången för varje deltagare?

Nej, detta är en viktig del i landstingets arbetet och skall ingå som en del i det  
ordinarie arbetet.

Finns det forum, möten med verksamhetschefer. Hur ofta?

Ansaret för detta ligger på förvaltningscheferna som finns i styrgruppen.  
Däremot erbjuds med jämna mellanrum kliniskspecifik information direkt på  
arbetsplatsen för alla medarbetare.

**15. Finns det kontaktpersoner per vårdcentral/klinik?**

Varje vårdcentral har en hälsokoordinator som har till uppgift att driva och hålla ihop det  
förebyggande arbetet. Alla kliniker inom slutenvården ska också ha en kontaktperson för hf-  
arbetet och detta arbete är under uppbyggnad.

**16. Hur ser kontaktpersonernas uppdrag och omfattning ut?**

Regelboken inom Vårdvalet (bifogas).

Inom Västmanlands sjukhus skrivs ett sådant uppdrag under våren 2014 och det kommer inte  
att vara lika omfattande som uppdraget inom primärvården.

**17. Beskriv hur de hälsofrämjande och förebyggande insatserna dokumenteras och hur man  
använder utdata.**

Inom Vårdvalet har det funnits uppdrag sedan 2013 att dokumentera ohälsosamma  
levnadsvanor och utdata används för att följa och ersätta arbetet . Inom Västmanlands  
sjukhus finns det möjlighet att dokumentera och identifierade ohälsosamma levnadsvanor i  
patientjournalen samt att åtgärdsregistrera. Detta är möjligt från januari 2014 och tillräcklig



utdata för utveckling av hf-arbetet finns inte än.

Den landstingsdrivna primärvården ska under 2014 byta journalsystem och kommer att få samma som sjukhusvården.

**18. Beskriv ersättningsformer till verksamheten, insatser, projektmedel, andra former?**

Ersättning utgår till primärvården för de av socialstyrelsen evidensbaserade rådgivningsnivåerna. Hälsokoordinatorena träffas två gånger per år för kompetensutveckling och verksamhetsutveckling tillsammans med vårdvalskansliet och processledaren för HFS-arbetet.

Till den specialicerade vården har 25 utbildningstillfällen avseende soc. Riktlinjer och utvecklingen inom HFS-arbetet erbjudits under hösten 2013. Vid dessa tillfällen nåddes ung. 300 personer.

Under 2013 har det funnits speciella projektmedel från landstingsstyrelsen för det hälsoinriktade arbetet men finns inte för 2014.

**19. Beskriv deltagande i HFS temagrupper.**

Landstingshälsan deltar i Hälsofrämjande arbetsplats och en person deltar i Hälsofrämjande förhållningssätt.

Under våren kommer det att skapas interna nätverk som också ska kopplas till HFS temagrupper.

**20. Har landstinget tagit fram riktlinjer, program eller liknande kopplat till Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor?**

I landstingsplanen uttrycks tydligt att vi ska arbeta utifrån Soc. riktlinjer. Sedan 2010, innan riktlinjerna vara klara, finns ett 'Program för bättre hälsa' där det uttrycks att vi ska arbeta utifrån de kommande riktlinjerna. Programmet innehåller tre övergripande strategier där personalens synsätt ska vila på god kunskap och ett professionellt bemötande och livsstilsfrågor ska tas upp med vårdtagare för att främja goda vanor. Den tredje strategin handlar om extern samverkan.

**21. Används någon modell för att implementera riktlinjerna för levnadsvanor? I så fall vilken modell?**

Förutsättningar för journalföring har skapats, återkommande informationsinsatser och utbildning har under hela 2013 men ingen specifik modell har använts.

**22. Beskriv vilka utbildningsinsatser som genomförs och planeras när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser.**

Ett axplock av de viktigaste:

- Utbildningar i Motiverande samtal (5 dagar) erbjuds kontinuerligt via vårt Lärcentrum.
- Ämnesspecifika utbildningar/föreläsningar ca 2 gånger per termin, en halvdag om kost tillika om alkohol har genomförts.
- FaR-utbildningar erbjuds två gånger under april och återkommer troligtvis under hösten.
- En intern web-utbildning på basnivå har tagits fram där de fyra levnadsvanorna kopplats till de evidensbaserade rådgivningsnivåerna enligt soc. riktlinjer. En fördjupningsutbildning inom varje levnadsvana är under uppbyggnad.

- Projektplanering pågår av patientföreläsningar tillsammans med Läkemiddelskommittén. Föreläsningar ska erbjudas patienter som legat inne inom slutenvården. Vid hemgång ska de erbjudas att delta i tre olika föreläsningar om levnadsvanornas betydelse för hälsan.

### 23. Beskrivning från Gävleborg

*Hur är det hälsofrämjande arbetet organiserat? Var i landstingets organisation?*

Landstinget Gävleborg har en bred syn på utvecklingen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Alla verksamheter inom organisationen berörs mer eller mindre och det genomförs en mängd olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på olika nivåer och inom olika verksamheter.

Det landstingsövergripande målet handlar om en förbättrad folkhälsa där Landstinget Gävleborg ska bidra till att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. ”Den enskilt viktigaste insatsen för landstinget är att ta tillvara det enskilda patientmötet” anges i måldokumentet ”Goda utsikter för ett livskraftigt Gävleborg 2011-2014”. Se vidare på [http://plexus.lg.se/upload/Plexus/\\_Chefsfokus/Nyheter/Politiskt\\_maldokument\\_2011-2014.pdf](http://plexus.lg.se/upload/Plexus/_Chefsfokus/Nyheter/Politiskt_maldokument_2011-2014.pdf)

Som en stödfunktion i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet finns förvaltningen Samhällsmedicin. Samhällsmedicin är landstingets centrala resurs och stöd till folkhälsoarbetet i Gävleborgs län. I nära samarbete med hälso- och sjukvården och andra samhällsaktörer arbetar förvaltningen för en god hälsa hos hela befolkningen. Detta sker bland annat genom;

- Insamling och kunskapsspridning om hur befolkningen i Gävleborg mår.
- Utbildning, strategi- och metodstöd till hälso- och sjukvården och övriga samhällsaktörer som arbetar med att förbättra befolkningens hälsa.
- Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder till hälso- och sjukvården och övriga samhällsaktörer.
- Analyser, metod- och statistikstöd till landstingsledningen.

Verksamheten vilar på kunskapsbaserade metoder och ett vetenskapligt förhållningssätt. För ytterligare information kring Samhällsmedicin se [www.lg.se/smg](http://www.lg.se/smg)

*Insamling och kunskapsspridning om hur befolkningen i Gävleborg mår*

Insamlingen av material för att kartlägga hur befolkningen i länet mår sker genom den Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, som genomförs årligen på nationell nivå. Landstinget Gävleborg har sedan starten 2004 deltagit med extra urval inom länet: 2004, 2007, 2010 och den genomförs just nu för 2014. Resultaten från 2014 års undersökning kommer att presenteras under hösten och vintern 2014. Se vidare på <http://www.lg.se/Landstinget-A-O/Samhallsmedicin/Hur-mar-Gavleborg/Nationell-folkhalsoenkat/>

Resultaten finns att tillgå på hemsidan för landstinget men även till viss del på kommunernas egna hemsidor. På Landstinget Gävleborg s hemsida finns resultatet uppdelat på kommunnivå vilket gör att samtliga länets kommuner får siffror att arbeta vidare med. Några av kommunerna genomför tillsammans med landstinget utbildningstillfällen där kommunala företrädare finns med för att på så

*Sammanställt av Ingemar Götestrand, folkhälsostrateg på primärvårdsdivisionerna i Skåne, september 2014*

sätt sprida hälsodata och information. Några av kommunerna väljer att genomföra egna kartläggningar där delar av data från folkhälsoenkäten används. Data används också som planeringsunderlag för både landstinget och kommunerna. Mer information kring detta finns på <http://www.lg.se/Landstinget-A-O/Samhallsmedicin/Hur-mar-Gavleborg/Kommunprofiler/>

Uppgifter om skolelevers alkohol-, drog- och tobaksvanor i Gävleborg insamlas regelbundet. Enkäter har genomförts i årskurs 9 (år 1996, 1999, 2002, 2005, 2008, 2011 och 2014) och i gymnasiets årskurs 2 (år 1998, 2001, 2004, 2007, 2010 och 2013). Undersökningarna har genomförts av CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) på uppdrag av Länsstyrelsen Gävleborg, Landstinget Gävleborg och länets 10 kommuner. Bearbetning, analys och kunskapsspridning genomförs av Samhällsmedicin. Mer information finns på <http://www.lg.se/Landstinget-A-O/Samhallsmedicin/Hur-mar-Gavleborg/Alkohol--och-drogvaneundersokning/>

En bearbetning av resultatet från Vårdbarometern och den Nationella patientenkäten genomförs och då handlar det framför allt om frågeställningar som berör förtroende för vården och patienters inställning till att levnadsvanor ställs och diskuteras vid deras besök i vården.

Här kan Ni läsa mer <http://www.lg.se/Landstinget-A-O/Samhallsmedicin/Kvalificerad-analys/>

### *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete*

Sedan 2012 finns en uppbyggd organisation inom Landstinget Gävleborg kring implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Inom Hälso- och sjukvårdsverksamheterna har respektive verksamhet ansvar för att riktlinjerna införs och för att det sjukdomsförebyggande arbetet utvecklas. En resurs för stöd och samordning av arbetet finns avsatt på Samhällsmedicin. Utvecklingsarbetet samordnas i en *implementeringsgrupp* med representation från divisionsledningarna via sina respektive verksamhetsutvecklare, chefen för Hälsovalskontoret, ordförande för Läkemedelskommittén, kompetens kring journalmall från enheten för Vårdkvalitet (Ledning- och verksamhetsstöd), kompetens kring journalsystem från IT-enheten (Ledning- och verksamhetsstöd). En folkhälsoutvecklare från Samhällsmedicin är utbildningsansvarig inom ramen för implementeringen och har till sin hjälp en utbildningsadministratör som samordnar allt det praktiska. En kommunikatör, personen med utbildningsansvar och samordnaren av arbetet från Samhällsmedicin deltar också i implementeringsgruppen.

En *expertgrupp* finns med syftet att genom kompetensstöd inom berörda sakområden stödja implementeringsarbetet. Inom expertgruppen finns kompetens inom tobak, alkohol, fysisk aktivitet, matvanor, samtalsmetodik samt medicinsk kompetens. Representationen består av två dietister (en från primärvården och en från specialistvården), en folkhälsoutvecklare (som även är den som är sammankallande för gruppen), en sjuksköterska från Beroendecentrum, en sjukgymnast från primärvården, en överläkare från kardiologin, en ST läkare från primärvården, en verksamhetschef för kvinnosjukvården, kompetens kring journalmall från enheten för Vårdkvalitet (Ledning- och verksamhetsstöd) samt samordnaren för implementeringen från Samhällsmedicin. Några exempel på arbetsuppgifter som denna expertgrupp har haft är att validera utbildningsinnehåll, fungera som kontaktpersoner till arbetsgruppen för anpassning av journalsystem samt att ta fram sammanfattande texter kring levnadsvanor till läkemedelslistan.

Kontinuerliga täta träffar genomförs mellan processledaren för HFS och samordnaren för implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Mer information och material kring Landstinget Gävleborgs arbete med de nationella riktlinjerna finns att läsa på <http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Halsoframjande-halso--och-sjukvard/Nationella-riktlinjer-sjukdomsforebyggande-metoder/>

## *Medlemskapet i HFS*

Samtliga fyra perspektiv (medarbetar-, patient-, befolkning- samt styr- och ledningsperspektivet) har funnits med i planeringen för den lokala organisationen kring HFS-arbetet. Det har varit viktigt att ha representanter med olika funktioner som är kopplade till vart och ett av perspektiven.

Perspektivtänket har legat till grund för valet av funktioner och personer i organisationsuppbyggnaden.

HFS nätverket har som krav för medlemskap att organisationen har en utsedd processledare som ska fungera som lokala koordinatörer för det hälsofrämjande arbetet inom organisationen.

Landstingsdirektören gav Samhällsmedicin uppdraget i samband med medlemsansökan att utse en processledare för det fortsatta arbetet. Processledaren har sin grundtillhörighet inom Samhällsmedicin och är folkhälsoutvecklare till professionen.

*Finns det en styrgrupp?*

*Vem är ordförande i styrgruppen?*

*Vilka övriga funktioner ingår i styrgruppen?*

I dags läget finns en *styrgrupp* där förvaltningschefen för Samhällsmedicin är sammankallande och tillika vald som representant utifrån befolkningsperspektivet. Utifrån medarbetarperspektivet deltar HR-direktören, utifrån styrning- och ledningsperspektivet deltar samordningsdirektören och utifrån patientperspektivet deltar utvecklingsdirektören. Processledaren för HFS är adjungerad denna grupp. Styrgruppen har två till tre träffar per termin. Deltagarnas roll är att utifrån sin funktion driva de frågor som kommer upp.

Till sitt förfogande har processledaren en *projektgrupp* som är tänkt att arbeta mer hands on. I projektgruppen finns representanter med i form av projektledarna från de tre inträdesprojekten, utsedda medarbetare i de nationella temagrupperna, en HR-konsult och en kommunikatör/informatör. Ytterligare deltagare kan bli aktuella allt eftersom arbetet fortskrider och flera kompetenser och funktioner behöver kopplas på. Processledaren arbetar tillsammans med projektgruppen fram mötesstrukturen och det fortsatta arbetet.

Tanken är också att det vid behov utifrån de fyra perspektiven kan skapas mindre *arbetsgrupper* som ett komplement till projektgruppen vars uppgift blir att driva arbetet och frågorna vidare.

En lokal arbetsgrupp inom den Samhällsmedicinska förvaltningen finns som är kopplad till processledaren. I denna lokala arbetsgrupp finns folkhälsoutvecklare, utredare, kommunikatör och förvaltningschefen med som representanter. Folkhälsoutvecklarna arbetar både internt (så som beskrivits tidigare) och externt bland annat gentemot kommunerna.

Utifrån åtagandet att arbeta för ett tobaksfritt landsting har en *lokal temagrupp kring tobak* skapats.

Även i denna grupp är representanterna valda utifrån funktion som är kopplad till de fyra perspektiven. Representanterna är bland annat en lungläkare från lungkliniken, HR-konsult, folkhälsoutvecklare, controller från Inköpsavdelningen enheten för produkt och tjänsteavtal samt processledaren för HFS. Ytterligare deltagare kan komma att bli aktuella allt eftersom arbetet fortskrider. Denna lokala temagrupp är tänkt att ha kontinuerliga träffar utifrån behov.

I den projekt- och uppdragsmodell som Landstinget Gävleborg använder sig av, PROJEKTiL och UPPDRAGiL, finns ett så kallat resurskontrakt. Syftet med detta resurskontrakt är att tydliggöra respektive deltagares arbetsuppgifter och resursåtgång. Förslaget är att detta resurskontrakt ska användas för att säkerställa samtliga resurser som är kopplade till arbetet i de olika grupperna som beskrivits ovan. Här finns information kring vårt arbete kopplat till medlemskapet;

<http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Halsoframjande-halso--och-sjukvard/Natverket-halsoframjande-sjukvard/>

## *Nätverket för strategiskt folkhälsoarbetet i Gävleborg (NFSG)*

Detta nätverk är en sektorsövergripande samordning mellan Region Gävleborg, Landstinget Gävleborg, Länsstyrelsen och de 10 kommunerna i länet. Nätverket har en ordinarie ledamot och en suppleant från respektive kommunstyrelse och tre ordinarie samt tre suppleanter från landstingsstyrelsen. Utöver detta finns ett presidium med en ordförande, 1:e och 2:e vice ordförande samt en tjänsteman från sekretariatet. Sekretariatet i sin tur består av 5 tjänstemän med anställning vid Region Gävleborg, Landstinget Gävleborg, Länsstyrelsen samt kommunrepresentanter. Utöver dessa finns även verkställande- och sekreterarfunktion. Rapportering av arbetet sker kontinuerligt till Region Gävleborgs styrelse. Här finns mer information kring NFSG;

<http://www.regiongavleborg.se/1/hallbar-utveckling/folkhalsa.html>

Uppdraget för NFSG är;

- att verka för strategiskt utvecklingsarbete kring att förbättra befolkningens hälsa inom samtliga elva målområden för den nationella folkhälsopolitiken
- att införa och förvalta GU Folkhälsa
- att ansvara för att den sammanhållna och systematiska folkhälsorapporteringen i länet
- att ansvara för det länsövergripande systemet för uppföljning och samordna insatserna utifrån utfallet av uppföljningen
- att verka för samordnade ansökningar och användandet av resurser som ställts till förfogande av regering och statliga myndigheter och dylikt
- att arrangera och medverka i konferenser, seminarier och utbildningar

Landstinget Gävleborgs deltagande i sekretariatet består idag av en 50% tjänst, där två medarbetare finns representerade. Förvaltningschefen fungerar som verkställande tjänstekvinna vilket också innebär att hon är en av deltagarna i presidiet. Funktionen är en länk mellan sekretariatet och presidiet.

I det regionala utvecklingsprogrammet för Gävleborgs län 2009-2013 (RUP) ingår det att ta fram en strategi för ett förstärkt folkhälsoarbete i länet. Strategin har utformats som gemensamma utgångspunkter för arbetet inom folkhälsoområdet i Gävleborg med arbetsnamnet GU folkhälsa. Med GU folkhälsa vill Region Gävleborg, länets tio kommuner, landstinget och länsstyrelsen ange den ambitionsnivå och det förhållningssätt som ska känneteckna det egna och det gemensamma arbetet med att skapa gynnsamma samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen i Gävleborgs län. Här finns mer information kring GU;

[http://www.regiongavleborg.se/download/18.644b656e13826e22c2b80004382/GU\\_120307.pdf](http://www.regiongavleborg.se/download/18.644b656e13826e22c2b80004382/GU_120307.pdf)

### *Finns det en handlingsplan och hur ser den ut?*

I skrivande stund pågår arbetet för fullt med att ta fram en handlingsplan för det hälsofrämjande arbetet utifrån medlemskapet i HFS. Innehållet i denna handlingsplan processas dels med den lokala arbetsgruppen inom Samhällsmedicin dels med styrgruppen för HFS arbetet. Processledaren har genomfört omvärldsbevakning hos andra landsting och tittat igenom deras handlingsplaner för att tips och idéer på hur detta arbete kan läggas upp och genomföras. Handlingsplanen vävs samman med redan aktuellt och pågående samt planerat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Upplägget av handlingsplanen följer den landstingsövergripande mallen som finns för detta ändamål.

### *Hur följs handlingsplanen upp?*

Då det idag inte finns någon handlingsplan kan detta inte beskrivas.

*Sammanställt av Ingemar Götestrand, folkhälsostrateg på primärvårdsdivisionerna i Skåne, september 2014*

*Beskriv processen för att besvara HFS indikatorenkät och ENSH tobaksenkät*

*Hur samordnas detta med övrig uppföljning av det hälsofrämjande arbetet men även med verksamhetsuppföljning?*

#### Organisationsuppbyggnad

Då Landstinget Gävleborg skulle besvara HFS indikatorenkäten för första gången gällande för år 2013 startades en diskussion mellan processledaren, en av utredarna inom Samhällsmedicin samt utredaren/folkhälsoutvecklaren som ansvarar för implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Tanken och önskan var att hitta former för en organisatorisk uppbyggnad kring detta arbete som skulle kunna underlätta kommande rapporteringar och som skulle kunna vara ett stöd i organisationens framtida rapportering av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Siktet var inställt på ett större perspektiv än att bara fylla i indikatorenkäten som underlag för HFS nätverket.

Tidigt i diskussionen kom det fram att det vore önskvärt att se över vilka indikatorer som redan finns inom organisationen, som skulle kunna vara ett stöd i en årlig gemensam landstingsövergripande redovisning. Diskussioner fördes dels kring vilka indikatorer som redan rapporteras in i olika sammanhang t ex kopplat till Patientenkäten, Levnadsvaneenkäten, Öppna jämförelser och Öppna jämförelser folkhälsa, dels på vilket sätt dessa uppgifter skulle kunna användas i just en årlig gemensam övergripande redovisning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Idag saknas en gemensam årlig redovisning på detta sätt.

Kontakt har tagits med lite olika funktioner inom organisationen för att på ett så relevant sätt som möjligt kunna beskriva pågående arbete utifrån indikatorerna. I flera fall saknas i dags läget tillförlitliga datakällor och som nämnts tidigare så saknas framför allt en gemensam redovisning. Efter diskussioner med Mats Hellstrand (januari 2014) framkom det uppgifter om att indikatorenkäten skulle omarbetas under 2014. Bland annat har SKL och HFS ett samarbete kring indikatorarbetet och uppföljning. Utifrån detta samarbete är tanken att försöka hitta lämpliga indikatorer utifrån målområde 6 – Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Mats råd var att fylla i indikatorenkäten gällande år 2013 utan att lägga ner för mycket krut i detta arbete. Beslut togs att invänta denna omarbetning och se vad det skulle innebära innan arbetet återupptas för att hitta en bra organisatorisk uppbyggnad. Tanken och arbetet med att försöka skapa förutsättningar för att ha en årlig gemensam redovisning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet pågår dock under tiden kontinuerligt. Diskussioner förs bland annat med de funktioner som har uppdraget kring årsrapporteringen på en övergripande nivå.

Det finns även ett inrättat sekretariat med uppdrag att analysera Öppna Jämförelser (ÖJ) arbetet där utredare från Samhällsmedicin samt medicinskt ansvarig läkare och medicinsk rådgivare ingår. Uppdraget för sekretariatet handlar om att arbeta med de indikatorer där Landstinget Gävleborg ligger under riksgenomsnittet. Arbetet handlar bland annat om att identifiera vilka dessa indikatorer är samt genomföra omvärldsbevakning hos de landsting som har de bästa resultaten kopplat till samma indikatorer. Vad och hur gör dessa som inte Landstinget Gävleborg gör. Fokus kommer därför att läggas på indikatorer och processer som kan bidra till att indikatorvärdena blir i nivå med eller bättre än i riket.

Sekretariatet kopplat till ÖJ och arbetet med HFS indikatorerna skulle med fördel kunna samverka framöver. Samarbetet skulle kunna leda till att fler verksamheter får ta del av data som underlag för det fortsatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Ifyllandet av 2013 års indikatorenkät via webben har genomförts av processledaren. En mindre arbetsgrupp på Samhällsmedicin skapades där processledaren, en folkhälsoutvecklare och två utredare har deltagit. Tillsammans har arbetsgruppen diskuterat fram de resultat och svar som

redovisats. Kontakter har tagits med bland annat HR-direktören, verksamhetschef inom akuten och andra funktioner som har kunskap och erfarenhet kopplat till en del av frågeställningarna.

#### *ENSH tobaksenkät*

När det gällde besvarandet av ENSH tobaksenkät under 2013 genomförde processledaren detta utan större diskussion med andra funktioner inom organisationen. Detta utifrån att processledaren är involverad i det pågående arbetet kring tobak och avvänjning på ett strategiskt plan. Önskan och tanken är naturligtvis att även denna ska ingå i den övergripande gemensamma redovisningen framöver. Förhoppningen är att samtliga indikatorer som tas fram inom HFS och det internationella nätverket ska kunna användas som ett underlag i organisationens övergripande redovisning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

#### *Nationella enkäten kring tobaksfri i samband med operation*

Besvarandet av den nationella enkäten kring arbetet med tobaksfrihet i samband med operation genomfördes av processledaren utifrån involveringen av det pågående arbetet. Ett av inträdesprojekten handlar just om detta där processledaren har återkommande diskussioner med verksamhetschefen för operation. Processledaren är även den som har arbetat fram underlaget till den gällande landstingsövergripande rutin som finns framtaget för detta arbete. Förhoppning är att även dessa frågeställningar ska kunna finnas med på något sätt i den landstingsövergripande redovisningen framöver.

#### *Finns skrivet uppdrag för processledaren/processledarna och hur ser det ut?*

En önskan har varit att det i och med medlemskapets början skulle finnas en arbetsbeskrivning för processledaren där rollen, mandatet och tjänstgöringsgrad skulle finnas beskrivet. Arbetet med att ta fram en skriftlig arbetsbeskrivning för processledaren pågår och kommer att förankras i styrgruppen samt högre upp i organisationen. I dags läget finns endast ett muntligt uppdrag.

#### *Hur mycket tid, alternativt andel av tjänst har man avsatt för sitt uppdrag/sina uppdrag?*

Tjänstgöringsgraden för processledaren är beräknad till runt 80% och är i dags läget kopplat till en tjänst.

En resurs för samordningen av implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns samt flera folkhälsoutvecklare har detta uppdrag som en del av sin tjänst. Samtliga är kopplad till Samhällsmedicin.

#### *Vem rapporterar processledaren till?*

Kontinuerlig rapportering av det pågående och planerade arbetet sker från processledaren till förvaltningschefen för Samhällsmedicin (som då också är en av deltagarna i styrgruppen) samt till den lokala arbetsgruppen inom Samhällsmedicin.

Kontinuerliga rapporter sker också från processledaren till deltagarna i styrgruppen vid de inbokade träffarna.

Förvaltningschefen för Samhällsmedicin rapporterar kontinuerligt till landstingsdirektören som i sin tur kanaliserar informationen till rätt forum. Kanalerna är olika beroende på om informationen ska gå till politiker eller tjänstemän. När det gäller den politiska nivån ges informationen via Landstingsstyrelsen, HSL-utskottet, Personal- och finansutskottet och Nätverket för strategiskt

folkhälsoarbete i Gävleborg (NFSG). På tjänstemannanivån ges information via koncernledningen, Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och via divisionsledningsgrupperna.

Andra forum för informationsutbyte är de befintliga styrgrupper inom organisationen som är kopplat till specifika uppdrag och/eller inriktningar, så som till exempel styrgruppen för Hälsosamtalet.

Deltagande sker även ibland annat i Cancerrådet, Strokerådet, Nutritionsrådet och Preventionsrådet som är ytterligare exempel på informations och diskussionskanaler för detta arbete.

*Finns nätverk för hälsofrämjande arbete?*

*Hur många deltar och hur ofta träffas man?*

*Vilken funktion i verksamheten har deltagarna?*

*Vilken roll, vilket uppdrag och vilket mandat har deltagarna?*

*Redovisas den totala tidsåtgången för varje deltagare?*

## Internt

### ***Hälsosamordnare i primärvård***

På offentligt och privat drivna hälsocentraler finns sedan flera år tillbaka en funktion som har ett samordnande ansvar för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom den egna verksamheten. Funktionen heter Hälsosamordnare och totalt finns det ca 60. Huvuduppgiften för hälsosamordnarna är att erbjuda och genomföra hälsosamtal med länets 40-åringar. Funktionen har i dagsläget olika mycket tid avsatt för dessa ändamål. De flesta av de medarbetare som arbetar med denna funktion är sjuksköterskor/distriktsköterskor, några är sjukgymnaster och några är undersköterskor.

Ett nätverk för verksamheternas hälsosamordnare har också funnits under flera år. Två av folkhälsoutvecklarna på Samhällsmedicin är samordnare för detta nätverk och sammankallar nätverket för gemensamma träffar ett par gånger per år. Inom psykiatrin finns ett lokalt nätverk för verksamhetens hälsosamordnare.

### ***Nätverk för utbildade tobaksavvänjare***

Utifrån arbetet med tobak och avvänjning finns sedan ett antal år tillbaka ett nätverk med utbildade tobaksavvänjare. Detta nätverk har inspirationsträffar 1-2 gånger per termin och innehållet varierar utifrån det som är aktuellt och det som deltagarna efterfrågar. Syftet med nätverket är att fortbilda deltagarna, inspirera varandra och diskutera frågor som deltagarna lyfter. Processledaren är en av de två som sammankallar och samordnar dessa träffar, den andra personen är folkhälsoutvecklare på Samhällsmedicin. Totalt finns det runt 35 tobaksavvänjare inom primärvården och runt 17 inom specialistvården. Övriga verksamheter (så som t ex ungdomsmottagningen med fler) har runt 10 tobaksavvänjare. Utanför organisationen är det runt 21 tobaksavvänjare som då framför allt finns inom de privata hälsocentralerna.

### ***FaR-nätverk***

Lokala FaR-nätverksmöten, för att förskrivare och aktivitetsaktörer ska träffas samt med inslag av senaste forskning kring fysisk aktivitet och FaR genomförs kontinuerligt i åtta av länets tio kommuner. Deltagarna kommer främst från primärvården men även från specialistvården samt från aktivitetsarrangörerna. En av folkhälsoutvecklarna inom Samhällsmedicin är den som är samordnare och som sammankallar till dessa nätverk.

## Externt

Se tidigare beskrivning av *Nätverket för strategiskt folkhälsoarbete i Gävleborg (NFSG)*.



Som tidigare beskrivits finns ett antal forum på olika nivåer i organisationen där det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet (kan) diskuteras. HFS arbetet har i dags läget inga specifika ”egna” forum kopplat till det arbete som genomförs utan vid behov kanaliseras frågan och/eller informationen utifrån innehåll och mottagare.

### 1.1 Finns det kontaktpersoner per vårdcentral/klinik?

Se informationen kring hälsosamordnarna inom primärvården och tobaksavvänjarna inom organisationen. När det gäller specialistvården finns inte samma form av upplägg och därmed inte heller någon uppbyggd organisation kring kontaktpersoner per klinik eller motsvarande.

I dagarna är ett nytt samarbete påbörjat med funktionen kvalitetssamordnare som finns inom respektive vårdverksamhet. Kanske kan denna funktion involveras mer i det kommande arbetet framöver.

### 1.2 Hur ser kontaktpersonernas uppdrag och omfattning ut?

I manualen för Gävleborg hälsosamtal finns hälsosamordnarnas uppdrag beskrivet:

På varje hälsocentral finns **hälsosamordnare** med avsatt tid för arbete med hälsosamtalet.

Hälsosamordnaren ansvarar för genomförandet av hälsosamtalet samt att dess rutiner följs. I hälsosamordnarens uppdrag ingår att på uppdrag av sin närmsta chef ha övergripande ansvar för att 40-åringarna bjuds in till hälsosamtal samt att genomföra dessa hälsosamtal (och eventuellt med riskpatienter). Dessutom ska hälsosamordnaren vara hälsocentralens resurs i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet vilket innebär att fortlöpande informera övrig personal kring dessa frågor. För att kunna genomföra sitt uppdrag ska hälsosamordnaren introduceras i metoden, ha utbildning i motiverande samtal eller liknande metod samt delta i de möten och utbildningar anordnas specifikt för hälsosamordnarna, ca två gånger/år. Hälsosamordnaren ansvarar för inrapportering av kvalitetssäkringsblankett kring Gävleborgs hälsosamtal.

### 1.3 Beskriv hur de hälsofrämjande och förebyggande insatserna dokumenteras och hur man använder utdata.

Sedan tidigare har arbetet med befolkningens hälsodata beskrivits som kan ses som en del i dokumentation och användning av utdata.

Utöver detta finns det en nyframtagen rutin kring registrering av patientens levnadsvanor i ett av journalsystemen, PMO, som används inom division primärvård. Journalmallarna har anpassats för detta ändamål.

Arbete pågår med att bygga upp dokumentationsförfarande enligt de nationella så kallade rivspecifikationerna (RIV= Regelverk för Interoperabilitet inom Vård och omsorg). Målet är att utdata ska kunna tas fram utifrån Socialstyrelsens önskemål för öppna jämförelser. Egen uppföljning per vårdenheter och eventuellt kopplat till diagnosgrupp är också ett mål.

Sedan tidigare dokumenteras och sammanställs årligen antalet förskrivna FaR inom organisationen. Utdata sprids brett både inom den egna organisationen och gentemot de verksamheter som förskrivit.

Den senaste rapporten finns att hämta och läsa här; [http://www.lg.se/Global/Landstinget\\_A-O/samhallsmedicin/publicerat/rapporter/2014/F%c3%b6rskrivning\\_av\\_FaR\\_i\\_Landstinget\\_G%c3%a4vleborg\\_2013\\_rapport.pdf](http://www.lg.se/Global/Landstinget_A-O/samhallsmedicin/publicerat/rapporter/2014/F%c3%b6rskrivning_av_FaR_i_Landstinget_G%c3%a4vleborg_2013_rapport.pdf)

Målrelaterad ersättning som beskrivs under nästa rubrik finns kopplad till hälsocentralernas arbete med bland annat tobak och avvänjning samt uppföljningen av skrivna FaR och hälsosamtal.

Dokumentationen sammanställs av Hälsovalskontoret och delges bland annat samtliga hälsocentraler i länet.

Hälsosamtalen med 40-åringar dokumentas i en särskild databas där enkät och mätvärden skrivs in.

Det sammanställs årligen rapporter kring deltagande och de deltagandes riskfaktorer som rapporteras

*Sammanställt av Ingemar Götestrand, folkhälsostrateg på primärvårdsdivisionerna i Skåne, september 2014*

till Hälsovalskontoret, hälsosamordnare inom primärvården och till chefer på olika nivåer och olika verksamheter. Information kring arbetet med hälsosamtalen finn här; <http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Halsoframjande-halso--och-sjukvard/Halsosamtal-40-aringar/>

#### 1.4 Beskriv ersättningsformer till verksamheten, insatser, projektmedel, andra former.

I den budget som finns kopplad till processledaren och HFS arbetet finns i dagsläget inget utrymme för att kunna ge ersättning till enskilda insatser, deltagare eller verksamheter. Diskussioner har förts i styrgruppen där ersättning för resor för deltagande i de nationella temagrupperna har godkänts.

Utöver resor får respektive deltagares verksamhet stå för resterande eventuella omkostnader.

Inom primärvården har Hälsovalskontoret tagit fram en mall där hälsocentralerna kan beskriva sitt nuvarande sjukdomsförebyggande arbete och sin handlingsplan för utveckling i enlighet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Målrelaterad ersättning på 20 000 kr/hälsocentral och år ges för inskickad och godkänd aktivitetsplan som beskriver hur det sjukdomsförebyggande arbetet ska bedrivas under året. Från och med 2015 blir handlingsplanen obligatorisk att lämna in vid årets början för alla hälsocentraler samt en obligatorisk uppföljning och redovisning i början av 2016. Mer information finns här;

[http://www.lg.se/Global/Jobba\\_med\\_oss/vardgivarportalen/halsoval/Information/nyhetsbrev/H%c3%a4lsoval\\_G%c3%a4vleborg\\_nyhetsbrev\\_140212\\_nr\\_2\\_2014.pdf](http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/halsoval/Information/nyhetsbrev/H%c3%a4lsoval_G%c3%a4vleborg_nyhetsbrev_140212_nr_2_2014.pdf) ).

Inom ramen för hälsoval har primärvårdsverksamheterna även möjlighet att få målrelaterad ersättning kopplad till antalet genomförda hälsosamtal på 40 åringar, uppföljning av utskrivna FaR samt rökavvänjning. Hälsosamtal som genomförs med de listade 40-åringarna på en hälsocentral ersätts med 1100 kronor/samtal. Uppföljningen av utskrivna FaR ger en ersättning på 700 kronor/uppföljt recept/patient/år och ska genomföras någon gång mellan 50-180 dagar efter utskrivandet. Uppföljningen av FaR kan ske antingen via besök och/eller via telefon. Maxtaket är 3 % av antalet listade patienter. När det gäller rökavvänjning är ersättningen 1000 kronor/patient och år. Rökavvänjningen kan ske via besök och/eller via telefon. Maxtaket är 2,5 % av antalet listade patienter.

#### 1.5 Beskriv deltagande i HFS-temagrupper.

I dags läget finns Landstinget Gävleborg representerat i 3-4 nationella HFS-temagrupper.

##### 1.5.1 Temagrupp fysisk aktivitet

Utifrån arbetet med Fyss och FaR finns sedan tidigare en folkhälsoutvecklare från Samhällsmedicin med i det nationella nätverket. I hopslagningen av detta nätverk och temagrupperna inom HFS gjorde att landstinget automatiskt fick en deltagare med, men platsen nyttjades inte. Folkhälsoutvecklaren deltog för första gången i denna temagrupp i november 2013. Då folkhälsoutvecklaren finns med i den lokala arbetsgruppen som är kopplad till processledaren sker automatiskt en rapportering kring det pågående arbetet.

##### Temagrupp hälsofrämjande arbetsplats

Vid första styrgruppsmötet under 2013 lyftes arbetet med just hälsofrämjande arbetsplats som en av de prioriterade områdena att arbeta vidare med. HR-direktören utsåg en medarbetare från HR-avdelningen som representant för det fortsatta arbetet.

##### 1.5.2 Temagrupp tobak

Utifrån det pågående arbetet kring tobak har en av folkhälsoutvecklarna på Samhällsmedicin fått uppdraget att delta i den nationella temagruppen kring tobak.

##### Temagrupp hälsosamtal

Temagrupperna bildades utifrån efterfrågan från flera landsting som jobbar med hälsosamtal med en eller flera åldergrupper. Gruppen startade med ett mindre nätverk mellan landstingen i Gävleborg,

Sörmland, Västernorrland (Västerbotten) och byggdes sedan på med flera intressenter. Temagruppen hade sin första träff i januari 2014. Temat för träffen var socioekonomi och vilka som nås med hälsosamtalen. SCB närvarade och berättade om CNI (Care Need Index). Fortsatt gemensam diskussion kring verksamhetsuppföljning inom respektive landsting angående vilka som nås/inte nås med hälsosamtalen. Folkhälsoutvecklaren på Samhällsmedicin finns med i arbetsgruppen som förbereder möten i temagruppen.

#### 1.6 Har landstinget tagit fram riktlinjer, program eller liknande kopplat till Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor?

Rutiner har tidigare funnits för sjukdomsförebyggande arbete i primärvården när det gäller tobak och alkohol samt förskrivning av FaR. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete där eventuella fördelar med en landstingsövergripande, samlad rutin för sjukdomsförebyggande arbete ses över. Arbetet har påbörjats inom division primärvård för att sedan spridas inom organisationen. Detta arbete bedrivs inom verksamheterna med stöd av implementeringsgruppen, se tidigare beskrivning kring vilka funktioner som ingår i implementeringsgruppen. Sjukdomsförebyggande arbete inom de fyra levnadsvanorna finns även integrerade i andra rutiner/vårdprogram som finns på lokal nivå ute i verksamheterna. Utifrån den landstingsövergripande rutinen för Tobaksfrihet i samband med operation har en del lokala rutiner tagits fram. De flesta verksamheter inom specialistvården har inga egna rutiner för (de fyra) levnadsvanorna. Inom öppenvårdspsykiatri erbjuds patienter med psykosjukdom samt schizofreni hälsosamtal med hälsosamordnare.

#### 1.7 Används någon modell för att implementera riktlinjerna för levnadsvanor? I så fall vilken modell?

Samhällsmedicins uppdrag består i att samordna och stödja hälso- och sjukvårdsverksamheternas implementering av riktlinjerna. Utifrån uppdraget kan Samhällsmedicin förse verksamheterna med stöd av olika slag, t.ex. implementeringsmodeller, vilket har gjorts. Samhällsmedicin har dock inget uppdrag att arbeta konkret med implementeringen, det uppdraget har verksamheterna själva. Arbetet med implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder utgår från Socialstyrelsens checklista för implementering, Socialstyrelsens ”Att leda en evidensbaserad praktik” och utifrån implementeringsstegen i skriften ”Om implementering”. Likaså har Kunskapsguidens delar om implementering funnits med. Samordnaren har medvetet även arbetat med behovsinventering (kartläggning våren 2012), förankring och attitydpåverkan, utbildning och annat stöd till implementering (utbildningsplan), stöd vid själva genomförandet, stöd för vidmakthållande och uppföljning. Följande implementeringsmodeller har även funnits med som stöd i implementeringsarbetet; PAHRIS, PDSA/L och Pathmans PRECEDE model for change.

#### 1.8 Beskriv vilka utbildningsinsatser som genomförs och planeras när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Se separat bifogad fil kring vilka utbildningssatsningar som genomfördes 2013 samt planeras för 2014 inom ramen för implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Utöver utbildningssatsningarna som är kopplade till detta genomförs även andra utbildningar när det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Regelbundna hälsosamordnarträffar för de som har hälsosamtal med 40-åringar inom primärvården genomförs vår och höst. En halvdag i form av nätverk och utveckling av vården samt en heldag utbildning inom ett eller ett par specifikt område. För 2014 är planen att de specifika områdena ska vara fortbildning inom kost och stress.

## 24. Reflektioner från Västmanland

Materialet som Gävleborgs processledare skickat vidarebefordrades till chefen för Kompetenscentrum för hälsa (KCH), verksamhetsutvecklare för Västmanlands sjukhus (VS) för genomläsning. Vi träffades en eftermiddag två veckor senare och gick igenom material och diskuterade fördelar och vad som behövde förtydligas.

Vi tre reste till Gävle och besökte samhällsmedicin där representanterna från Gävleborg var processledaren, hennes chef och två medarbetare. Efter välkomnande kaffe och smörgås diskuterade vi hur Västmanland har sitt HFS-arbete organiserat och vad som är positivt och var det finns utvecklingsmöjligheter. Efter lunch övergick diskussionen till att handla om Gävleborg utifrån samma frågeställningar.

Var och en av Västmanlands deltagare har efter hemkomsten skrivit ner intrycken från mötet och delgett varandra via e-post och nedan följer det som vi upplevde som mest positivt.

- Att det finns en tydlig förankring i politiken genom landstingsplanen.
- Att det finns en långsiktighet i planering och ekonomi. Inget påbörjas förrän det finns en beslutad ekonomi.
- Att det finns en styrgrupp som har att koncentrerat handha dessa frågor.
- Att det finns ett veckomöte inom samhällsmedicin där de hälsofrämjande frågorna lyfts och planeras utifrån vad som är på gång.
- Att en kommunikatör finns knuten till arbetet
- Att det finns nätverksgrupper inom tobak och FaR
- Att det finns kompetens inom enheten för utbildning i t.ex MI och tobaksavvänjning
- Att det finns olika professioner som del av sin tid arbetar tillsammans med samhällsmedicin, t.ex dietist
- Att det finns kanaler till andra styrgrupper där hälsofrämjande frågor lyfts

Flera av ovanstående positiva saker finns i Västmanland men den stora skillnaden är planering och ekonomi. Vi har olika organisationer och Gävleborgs upplägg är tilltalande då resurser som tillförts för genomförande av uppdrag är imponerade. Landstinget Gävleborg har även de en tuff verklighet avseende ekonomin men uppenbarligen så prioriteras de hälsofrämjande och förbyggande frågorna.

De ekonomiska diskussionerna i Västmanland har varit många under våren och nu finns möjlighet att lyfta detta goda exempel i det fortsatta utvecklingsarbetet. Diskussioner har också förts att det behövs knytas specialistkompetens till det hälsofrämjande arbetet t.ex. dietist. Det finns i dagsläget men mer i form av intresse än ett strukturerat arbete. Dessa tankar har stärkts i utbytet med Gävleborg.

Nätverksgrupp avseende FaR har startat och under hösten kommer en grupp att bildas avseende kost. I dessa nätverksgrupper finns också representanter som deltar HFS-nätverkets temagrupper. Vid besöket i Gävleborg stärktes tankarna om nyttan av nätverksgrupper för att stödja arbetet ute i verksamheterna.

Intressant är att många saker finns etablerat eller på gång inom de båda landstingen men på lite olika sätt. Gemensam är också den bild av svårigheter som det hälsofrämjande arbetet möter i form av t.ex. tidsbrist eller att budskap inte når ut till de vårdande verksamheterna i den utsträckning som önskas.

*Sammanställt av Ingemar Götestrand, folkhälsostrateg på primärvårdsdivisionerna i Skåne, september 2014*

Citat från chefen för KCH

”På den korta tid som jag varit på plats kan jag konstatera att vi hanterar samma frågor men det finns lika många organisatoriska lösningar som det finns landsting. Gävleborg har en modell som passar för deras organisation och dess förutsättningar. Samhällsmedicin lever ju inte ett eget liv utan samagerar med de andra förvaltningarna, divisioner, kommuner m.m. Samma situation hos oss och det är som jag ser det svårt att ta över något i sin helhet men det är lärorikt och man plockar russin ur kakan.

För mig är det oerhört viktigt att få möta andra och jag är tacksam över att jag fick möjligheten att besöka Gävleborg.”

## 25. Reflektioner från Gävleborg

Arbetsgruppens diskussioner landade i följande gemensamma punkter;

- Organisationsuppbyggnaden kring HFS arbetet i Landstinget Västmanland hade flera delar som var intressanta och där arbetsgruppen fortsätter diskussionen kring den egna organisationsuppbyggnaden. Detta är en högaktuell fråga då Landstinget Gävleborg går in i regionbildning från och med 1 januari 2015.
- Landstinget Västmanland har en hög tjänsteman som ordförande vilket rent teoretiskt innebär att frågan kring det hälsofrämjande arbetet finns med högst upp i organisationen. Landstinget Gävleborg behöver fundera vidare på hur detta kan säkerställas i den kommande regionbildningen.
- Landstinget Västmanland har arbetet med implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande arbete som *en del* av arbetet inom HFS. Landstinget Gävleborg påbörjade arbetet med implementeringen av de nationella riktlinjerna innan medlemskapet blev aktuellt. Olika utgångslägen finns och arbetsgruppen fann det intressant att Landstinget Västmanland har satt ett likhetstecken mellan NRS och HFS arbetet.
- Då Landstinget Västmanland har funnits med som medlemmar lite längre än Landstinget Gävleborg har de en handlingsplan som styr det fortsatta arbetet, vilket är positivt. Landstinget Gävleborg behöver jobba vidare på att få en gällande handlingsplan som kan fungera som styrdokument för det fortsatta arbetet.
- Det pågående arbetet med att skapa kontaktpersoner för det hälsofrämjande arbetet inom specialistvården är spännande då Landstinget Gävleborg har liknande diskussioner. Landstinget Gävleborg har hälsosamordnare inom primärvården dock med lite olika arbetsuppgifter. Dessa fungerar som viktiga kontaktpersoner ute i verksamheterna och skulle det vara möjligt att även kunna organisera kontaktpersoner inom specialistvården utökas det viktiga kontaktnätet för dessa frågor på ett bättre sätt än vad som finns idag.
- Arbetet inom befolkningsperspektivet är intressant då det gäller arbetet på befintliga Hälsocentra. Om denna form av organisering kan nå de mest utsatta grupperna är det superintressant som ett komplement till övrigt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Väntar med spänning på den kommande rapporten.
- Det kollegiala lärandet har visat att olika organisationer har kommit olika långt med olika frågor. Ibland kan det kännas som om ”alla andra” har kommit mycket längre i det hälsofrämjande arbetet och det är bra att granska den egna organisationen för att få syn på allt som faktiskt har utvecklats.

---

*Sammanställt av Ingemar Götestrand, folkhälsostrateg på primärvårdsdivisionerna i Skåne, september 2014*

- Det framtagna flödesschemat när det gäller identifiering och rådgivning kring levnadsvanor är spännande och finns med i de fortsatta diskussionerna i Landstinget Gävleborg.

## Organisation för HFS, Landstinget Västmanland

