

Främja Hälsa

Temanummer:

Implementeringens teori och praktik

- Vad behövs för att främja ett lyckat implementeringsarbete?
- Finns det någon checklista?
- Goda exempel, vad kan man lära av dem?
- Vad säger forskningen?

Det är frågor som diskuteras i detta nummer av Främja Hälsa.

– Ett tydligt ledarskap är en viktig förutsättning för framgång och ett klimat som är öppet för förändring är en god grund. En annan faktor, som visat sig vara mycket verkningsfull är nyckelpersoner som verkar som understödjare av implementeringsprocessen.

Detta kan man läsa i den teoretiska artikel som doktorand Siw Calfjord bidrar med (sid. 4 - 5).

– Implementeringsprocesser kan betraktas i termer av lärande. Därmed blir det viktigt att undersöka vilka organisatoriska förutsättningar som skapas för detta lärande. Det framhåller docent Per Nilsen i ett samtal om forskning om implementering (sid. 8).

Integrera och samordna

I Landstinget Kronoberg har man kommit långt i användningen av fysisk aktivitet på recept (sid. 6). Platsbesök med samtal om lokal utformning av arbetssättet har lagt grunden. Lasarettet i Enköping har ett väl integrerat HFS-arbete, med tydligt vårdavtal, tydlig ledning, processled-



Förbättringsidéer tas om hand systematiskt. Förevisning av idétavla när Kullbergsska sjukhuset besöker Enköping för kollegial granskning. Angeli Beijnoff och Åsa Högnäs Bredell granskar. Emma Algell och Kerstin Strandberg Wibrand berättar.

ning med tydlig struktur och välutvecklat system för utdata för HFS-arbetet (sid. 7). Dessa erfarenheter är viktiga, men arbetsformer och systematik behöver spridas.

– En omfattande omställning behövs, menar Iréne Nilsson Carlsson, Socialstyrelsen, som bakgrund till regeringens stöd för implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (sid. 9).

Teori och praktik möts. Varmt välkommen till detta temanummer!

HFS-nätverket får anslag från Socialdepartementet

Regeringen beslutade 31 mars att anslå 3 miljoner kronor till HFS-nätverket, att betalas ur anslaget Strategi för god vård.

Som skäl framhålls att HFS-nätverket bedöms ha en strategiskt viktig roll att fylla för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ska bli en integrerad del i hälso- och sjukvårdens dagliga arbete. I beslutstexten hänvisas till nätverkets pågående utvecklingsarbete med läromaterial om hälsofrämjande förhållningssätt, temagrupper, indikatorer, kollegiala granskningar m.m.

Ny medlemmar välkomnas:

Region Gotland och

Primärvården, Uppsala Läns Landsting

Nyttillkomna ambitiösa medlemmar i HFS-nätverket presenterar sig på sid. 10 och 11. Med 208 000 listade inom sina 23 vårdcentraler har den landstingsdrivna primärvården i Uppsala Läns Landsting en stor kontaktyta mot befolkningen. Region Gotland, med 57 000 invånare (som mångdubblas sommartid), bygger nu en stark struktur för sitt HFS-arbete. Och inträdet sker efter noggranna förberedelser.

Varmt välkomna in i HFS-nätverket!

Implementering - teori och praktik



Foto: Fotograferna LiÖ

Kära vänner, här kommer ett nytt nummer av Främja Hälsa; denna gång med temat Implementering – teori och praktik.

Ordet implementering är ganska nytt i vårt språk. För många är detta ett viktigt och angeläget begrepp, som avser det viktiga, men svåra, i att ”få saker att hända” och vars teorier ger oss begrepp och modeller för att utveckla vårt arbete. Men, det är viktigt att se att samma begrepp

också kan uppfattas som hotfullt; en vetenskap och ett utvecklat system för Top-Down styrning.

I den tid där många medarbetare upplever en ständigt ökad press att producera mer under allt snävare ekonomiska ramar och organisationerna inte sällan uppfattas som svårbegripliga med stora avstånd mellan verksamhet och beslutsfattare, kan ”implementeringsprocesser” uppfattas som ännu en pålaga.

Därför är det viktigt att tydligt värna kärnan i den goda implementeringsprocess som avser lärande, som bygger på möten mellan olika människor, mellan grupper av människor, mellan verksamhetsbaserad och forskningsbaserad kunskap. När ledning, styrning och utvärdering skapas i en dialog kring arbetet mot gemensamma mål, då kan kunskapsutveckling och lärande bidra till inspiration, arbetsglädje och yrkesstolthet!

En upplevd svårighet är att en rad olika riktlinjer och metoder implementeras parallellt, vilket kan upplevas splittrande. Därför är det särskilt viktigt med enighet kring det gemensamma målet, för att synliggöra att alla dessa utvecklingsinsatser stödjer varandra.

HFS-nätverket är ett implementeringsnätverk och vårt implementeringsobjekt är Visionen om den Hälsoinriktade hälso- och sjukvården. Detta är, enligt alla teorier, ett omöjligt implementeringsobjekt, eftersom det som karakteriserar det enkla objektet är det som är konkret, lätt att förstå och där man snabbt ser egna vinster med det nya arbetssättet. Vår vision är abstrakt, multidimensionell och ger inte alltid snabba vinster. Det intressanta med

visionen HFS är att den visar sig vara stark; utifrån att dess värdegrund stämmer med de flestas önskan om hur vården bör vara; den vård man önskar att ens anhöriga, eller man själv, möter när man blir sjuk och så som man själv önskar arbeta!

För att konkretisera denna abstrakta vision arbetar vi med olika strategier, där temagruppernas verksamhet är kärnan. Lärandet har varit och är centralt mål och bygger på medlemmarnas initiativ. De indikatorer som nätverket årligen använder för att följa och utvärdera vår utveckling har skapats av medlemmarna. Kollegial granskning har visat sig inspirera till ökad förståelse över styrkor och svagheter i egna processer. Vårt arbete med att utveckla användning av patientrapporterade resultat (PROM) är ett sätt att konkretisera hälsa som mål. Med stöd av hemsida, nationella seminarier, utveckling av interaktiva utbildningsprogram arbetar vi för att nå fram till olika former av ”användare”. Det unika med vårt nätverk är att användarna, i nätverkets medlemsorganisationer, innefattar både klinisk verksamhet och ledningsfunktion. Detta möjliggör utveckling av det område som nu står i fokus; utveckling av former för ledning och styrning; ”avtal” med verksamhetsdialoger som stödjer den utveckling som både verksamhet och ledning önskar.

I implementeringssammanhang talar man om kontexten; det sammanhang man verkar i. HFS-nätverket har, sedan sin start, haft ett nära och värdefullt samarbete med nationella aktörer såsom Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut samt Sveriges Kommuner och Landsting. Vi har därtill, sedan tre år, haft finansiellt stöd från och nära dialog med Socialdepartementet, och nu fått ytterligare 3 miljoner kronor för ett verksamhetsår, med motivet att stödja nätverkets ”strategiskt viktiga utvecklingsarbete”. Vi är mycket glada för detta stöd. Vi noterar också att detta, denna gång, kommer från socialministern, som nu har ett samlat ansvar för *hälso-* och sjukvården. Detta samlade ansvar tror vi är mycket viktigt för att skapa en hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Tydlig viljeinriktning på nationell nivå stärker sammanhang och kontext på verksamhetsnivå.

Varma hälsningar
från
Margareta Kristenson

Ansvarig utgivare: Margareta Kristenson Redaktör: Mats Hellstrand

Denna publikation har beteckning: ISSN 1402 - 4187

Läs tidningen även som pdf på webbplatsen

Webbplats: www.natverket-hfs.se

Redaktionen

Onsdagen den 23 mars besöks Lasarettet i Enköping av ett team från Kullbergsska sjukhuset. Dagen ägnas åt en kollegial granskning av HFS-verksamheten inom Lasarettet i Enköping.

Måndagen den 28 mars granskar teamet från Enköping HFS-verksamheten inom Kullbergsska sjukhuset.

Onsdagen den 27 april är ett team på sex personer från Primärvård Västernorrland på besök i Nyköping, och granskar landstingets primärvård i Sörmland.

Tisdag den 17 maj reser teamet från Sörmlands primärvård till Härmösand för att granska HFS-verksamheten inom Primärvård Västernorrland.

Det är den korta versionen. Den långa versionen kunde berätta om teamdeltagarnas glädje och inspiration när man delar varandras praktik och teori i implementering av HFS-visionen. Något av detta återspeglas på sid. 7, som handlar om Lasarettet i Enköping.

HFS-nätverket som implementeringsnätverk, där engagerade personer förmedlar engagemang såväl i nätverksmöten som i möten i sina hemmaorganisationer. Det är den röda tråden i denna tidning.

välkommen till detta nummer!

Mats Hellstrand
Redaktör

Implementering av riktlinjer, Siw Carlford	4
HFS som "implementeringsaktör"	5
Erfarenheter vid implementering av FaR i Kronoberg	6
Lasarettet i Enköping - HFS- arbetet alltmer integrerat	7
Samtal om implementerings- forskning, Per Nilén	8
Stöd för implementering av riktlinjerna	9
Ny medlem, Primärvården, Uppsala läns landsting	10
Ny medlem, Region Gotland	11
Ersättning för resultat	12
Minskad rökning - bättre cancervård	12
Hälsofrämjande vårdmiljöer	12

Implementering av riktlinjer – en vägledning

Siw Carlffjord

Vilka faktorer bidrar till implementering av nya riktlinjer? Tydligt ledarskap, klimat som är öppet för förändring samt nyckelpersoner som understödjer implementeringen, dessa och andra aspekter diskuteras i denna artikel. För att syftet med riktlinjer ska uppnås krävs effektiv implementering i de verksamheter som förväntas tillämpa rekommendationerna – en process som visat sig innebära stora utmaningar.

Forskning inom implementering har i mångt och mycket varit beskrivningar av misslyckade försök att förändra en verklighet. Ett klassiskt exempel på detta är en bok av Pressman & Wildavski från 1973. Författarna beskriver hur ett federalt program med syfte att minska arbetslösheten i Oakland, USA, trots goda ambitioner och väl tilltagna resurser ändå misslyckades. Undertiteln på boken avslutas med orden: "...told by two sympathetic observers, who seek to build morals on a foundation of ruined hopes".



Siw Carlffjord, doktorand, Linköpings Universitet

Fyra faktorer återkommer

Senare tids implementeringsforskning har dock kunnat identifiera ett antal faktorer som bör beaktas för att en implementering ska lyckas, oavsett om det handlar om att implementera ett politiskt beslut eller ett evidensbaserat arbetssätt på en sjukhusavdelning. Några enkla lösningar med numrerade checklistor finns däremot inte, utan varje implementeringsprocess måste formas för sitt eget syfte. Faktorer som, med varierande terminologi, beskrivs i de flesta modeller och ramverk som föreslagits för att strukturera en implementeringsprocess är: Implementeringsobjektet, Användarna, Implementeringsinsatserna och Kontexten.

Objektet

Objektet, det som ska implementeras, bör då det handlar om nya metoder, komma från en betrodd källa. I fallet med Socialstyrelsens riktlinjer har en noggrann kunskapsinventering skett under ledning av experter inom respektive område. Detta bör borga för att de metoder som föreslås har god evidens, och tryggt kan tillämpas av

Författarpresentation:

Siw Carlffjord är leg sjukgymnast, magister i folkhälsovetenskap och för närvarande doktorand vid Linköpings universitet. Hon skriver en avhandling om implementering av ett verktyg för livsstilsintervention inom svensk primärvård.

den enskilde vårdgivaren. Andra egenskaper hos objektet som visat sig vara viktiga för en lyckad implementering är att det nya upplevs ha fördelar jämfört med hur man gjort tidigare, är förenligt med normer och värderingar och inte är alltför komplext. Slutligen har det visat sig att möjligheten att anpassa det nya till lokala förutsättningar ökar möjligheterna för en lyckad implementering.

Användarna

Användarna, de individer som förväntas ta till sig det nya sättet att arbeta, eller som förväntas följa de nya riktlinjerna, har stor betydelse. Utöver individuella skillnader, såsom olika grad av förändringsbenägenhet, finner vi inom hälso- och sjukvården en rad olika professioner som alla har sin egen subkultur i form av värderingar, övertygelser och attityder. Då nya riktlinjer ska implementeras bör dessa grupper beaktas, så att varje profession ser sin del i tillämpningen. Vi måste också acceptera att vissa individer är mer benägna att ändra sitt arbetssätt, medan andra behöver längre tid på sig att genomföra en förändring.

Implementeringsinsatserna

Implementeringsinsatserna kan ske utifrån olika strategier som beskrivs i litteraturen, på en skala från att enbart informera, till att aktivt och strukturerat genomföra en förändring. Den enklaste metoden kallas dissemination, och innebär att ny kunskap publiceras och på det sättet görs tillgänglig. Denna passiva form är nödvändig men sällan eller aldrig tillräcklig för att nya metoder ska inkorporeras i verksamheten. Därför krävs, för att implementera riktlinjer, mera aktiva implementeringsinsatser. Utbildning är en sådan insats, som har visat sig vara mest effektiv om den sker vid upprepade tillfällen och med inslag av interaktivitet. En annan metod, som visat sig vara mycket verkningsfull är att identifiera nyckelpersoner som kan rekryteras och verka som understödjare av implementeringsprocessen. Det ska vara personer som åtnjuter respekt bland sina medarbetare och som själva har intresse av att sprida det nya arbetssättet. Utmaningen är att hitta dessa personer, då de fungerar mer som infor-

mella än som formella ledare i organisationen. Slutligen några ord om incitament i form av belöning eller bestraffning. Dessa metoder har använts framgångsrikt i vissa fall, medan andra studier visar på dålig effekt. Incitament tenderar att ha lågt inflytande på varaktigheten av en införd förändring.

Kontexten

Kontextens betydelse för implementeringen ska inte underskattas. Varje organisation har sina unika förutsättningar avseende till exempel storlek, ekonomi, ledarskap och förändringsklimat. Stora organisationer har ofta bättre ekonomi än små och kan därmed satsa mera ekonomiska resurser på implementeringen medan en liten grupp medarbetare kan vara lättare att övertyga än en stor grupp. Ett tydligt ledarskap är en viktig förutsättning för framgång och ett klimat som är öppet för förändring är en god grund.

De båda begreppen ”top-down” och ”bottom-up” används flitigt inom implementeringsforskningen. En ny metod eller policy som tvingas på medarbetarna från beslutsfattare och chefer (top-down) möter i allmänhet större motstånd än en metod som fötts i verksamheten, kanske som en lösning på ett upplevt problem (bottom-up). Socialstyrelsens riktlinjer kan lätt uppfattas som top-down, men om möjlighet ges till anpassning till den lokala kontexten, och om medarbetare i verksamheten en-

gageras i denna anpassning, medför detta ändå en känsla av inflytande och implementeringen underlättas. För en framgångsrik implementering av de nya riktlinjerna bör processen alltså skräddarsys för den kontext och de användare som är aktuella. Om lokala nyckelpersoner kan rekryteras kan de ha stor betydelse för utfallet.

Utvärdera – även implementeringen

Slutligen är det viktigt att utvärdera – inte bara det nya arbetssättet, utan även implementeringen. En bra metod får ett dåligt resultat om den inte implementerats på ett tillfredsställande sätt, likaväl som en dålig metod inte ger några bra resultat oavsett hur bra vi lyckas med implementeringen.

Källor:

- Nutley SM, Walter I, Davies HTO (2008). Using Evidence – How research can inform public services. Bristol: The Policy Press.
- Rogers E M (2003). Diffusion of innovations, 5th ed. (1st ed. 1962), New York: Free press.
- Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, and Peacock R (2005). Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review. Oxford: Blackwell.

HFS som ”implementeringsaktör” i hälso- och sjukvård

”Implementering av hälsoprefixet i hälso- och sjukvård”. Det är rubriken på ett kapitel i antologin Implementering - teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård. I kapitlet diskuteras HFS-nätverkets framväxt, funktion och arbetssätt, med stöd av centrala begrepp inom implementeringsteori. Författare är Margareta Kristenson och Evalill Nilsson.

Inledningsvis redovisas nätverkets strategier, såsom

- utvecklingsarbete via temagrupper
- lärande och utvärdering
- kommunikationsstrategier samt
- samverkan med nationella aktörer

HFS-visionen ställs därefter i fokus och betraktas som som implementeringsobjekt/innovation och diskuteras utifrån möjligheter och svårigheter. Till de uppenbara svårigheterna hänförs ”objektets” komplexitet. Till möjligheterna hör, framhåller författarna, att visionen stämmer väl med många användares grundläggande värderingar.

Implementeringsinsatserna

Nätverkets aktiviteter består i hög grad av att ta fram utbildningsmaterial och utbildningsinsatser i form av workshops och seminarier, dvs interaktiva och engagerande metoder som i forskning är påvisat framgångsrika. Ekonomiska incitament och avtal står i fokus i en av

nätverkets temagrupper. Regionala processledarnätverk stärker och stödjer organisationsföreträdarna. Indikatorutveckling och kollegiala granskningar stärker lärandet.

Implementeringsaktörer i fokus

Särskilt diskuteras kapitlet HFS-nätverket som ”implementeringsaktör”. Inom implementeringsteori används ofta begreppet ”förändringsagent”, för att beteckna eldsjälar och ”early adopters” som stödjer implementeringen av det objekt/den innovation som överordnad nivå har beslutat om. Det speciella med HFS-nätverket är att det i sig kan betraktas som en förändringsagent, med aktivt deltagande av ett stort antal hälso- och sjukvårdsorganisationer. Många medarbetare i dessa organisationer är på samma gång implementeringsaktör och användare, dels i nätverksrollen, dels i sin tjänst i hemorganisationen, ”en potentiellt kraftfull position” framhåller författarna. Det bidrar till nätverkets mål som är att integrera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i hälso- och sjukvården.

Källa: Implementering, Teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård, Per Nilsson (red.) Studentlitteratur 2010

Erfarenheter vid implementering av FaR i Kronoberg

Under år 2009 och 2010 har hälso- och sjukvården i Kronoberg ordinerat ca 3000 recept på fysisk aktivitet, s.k. FaR.

– Implementeringen av arbetssättet har utvecklats snabbt hos oss. En bidragande orsak är att vi under projekttiden har haft resurser att resa runt och kommunicera vår FaR-organisation i samtal med många olika verksamheter.

– Vi har också varit noggranna med att dokumentera och följa upp, berättar FaR samordnare Gunilla Eriksson.

Ungefär 70 % av ordinationerna har gjorts inom primärvård, ca 20 % i länssjukvård och 10 % inom psykiatri, rehab och habilitering. Läkare står för ca 46 % av ordinationerna, 23 % av recepten skrivs av sjukgymnaster och sjuksköterskor. Ungefär 60 % av de som fått recept är kvinnor. Vanligaste diagnosgrupperna för FaR är övervikt, högt blodtryck, diabetes och psykisk ohälsa.



Gunilla Eriksson,
FaR-samordnare,
Landstinget Kronoberg

900 till receptmottagare

Den som fått ett recept på fysisk aktivitet är välkommen att boka ett besök hos någon av länets receptmottagare. Ca 900 av de som fått FaR har besökt receptmottagarna. Landstingets receptmottagare arbetar länsövergripande och besöket är kostnadsfritt.

– En patient som fått FaR kan kontakta oss för ett samtal där vi diskuterar nuläge och mål och sedan lägger vi upp en plan för fysisk aktivitet, förklarar Gunilla Eriksson. Receptmottagaren tipsar om fysisk aktivitet, stöttar och motiverar de patienter som fått FaR. De har även uppföljning efter tre, sex och tolv månader för att se hur det har gått. Patienter som fått FaR kan göra vilken aktivitet de vill, men utgångspunkten är FYSS. Eventuella kostnader för aktiviteter bekostas man själv och ingår således inte i högkostnadsskyddet.

– Många som kommer till oss första gången skäms eftersom de vet att det är bra att röra på sig.

– Men vi dömer ingen, vi vill inte stå med pekpinne, berättar Gunilla Eriksson.

Landstinget har byggt upp ett bra samarbete med olika friskvårdsaktörer i samhället. Dessa har också fått utbild-

ning i FaR. På så sätt kan insatserna göras på rätt nivå och hälso- och sjukvården bidrar med sin del i helheten.

Stödjande faktorer

Vilka faktorer har bidragit i implementeringen?

– Själva metoden, Fysisk aktivitet på recept, har under senare år blivit alltmer beprövad och underbyggd. Vi har också varit måna om att vara tydliga till verksamheterna hur metoden ska praktiseras i vårt landsting. Så detta med tydlighet och beprövad metodik är viktigt.

– Landstingets ledning, både politiskt och på tjänstemannasidan, har också helhjärtat agerat för detta. Därför har man även avsatt de resurser som behövs för implementeringen. På så sätt har man skapat ett entydigt budskap, ”detta ska vi använda”.

– Vi som arbetat med implementeringen har under implementeringsperioden varit sex personer fördelade på 4,6 tjänster. Nu blir det två heltidstjänster som kommer att arbeta med att träffa patienter från hela landstinget och även verka som konsultationsstöd till förskrivare. Det övergripande ansvaret för FaR och fysisk aktivitet kommer att ligga på Folkhälsoavdelningen.

– Det har under implementeringen funnits gott om tid för platsbesök och dialog med verksamheterna. I dessa samtal har läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster m.fl. fått möjlighet att diskutera anpassning och utformning av FaR i deras verksamhet. De flesta verksamheter har dock valt att använda den form av FaR-organisation som utvecklats, endast ett fåtal har en egen FaR-verksamhet. Förskrivare är mycket nöjda att de nu kan skriva FaR och att någon följer upp patienterna, berättar Gunilla E.

Utvärdering genomförd

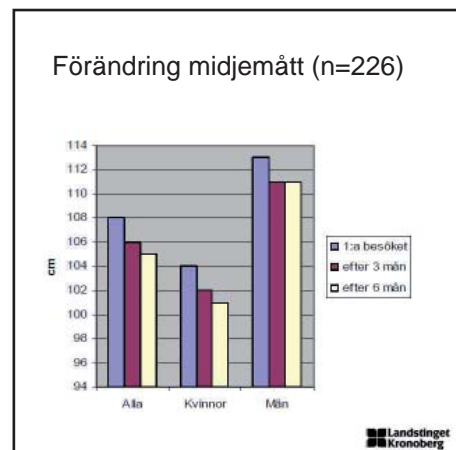
Uppföljning har hittills genomförts med en grupp på 226 personer, med mätning vid första besök hos receptmottagare, efter 3 månader samt 6 månader.

Deltagarnas skattning visar att deras allmänna hälsotillstånd har förbättrats, deras fysiska aktivitet ökade, sänkt BMI och minskat

midjemått, både för män och för kvinnor.

För information om rapporten och mer info:

gunilla.eriksson@ltkronoberg.se



Lasarettet i Enköping:

HFS-arbetet alltmer integrerat

- Lasarettets hälsoinriktade uppdrag är tydligt inskrivet i vårdavtalet, med uppföljningsmått.
- Sjukhuschef och utvecklingschef tillser att det finns tidsresurser för processledning.
- Implementering integreras, även personellt, med miljöledning och förbättringsarbete enligt Kaizen och Lean.
- I ledningsmöten uppdateras HFS-arbetet.

Tillsammans beskriver HFS-processledare Emma Algell, sjukhuschef Thomas Eriksson och projektledare Kerstin Strandberg Wilbrand hur ledningen inom både landstings- och sjukhusnivå skapar goda förutsättningar för lasarettets hälsoinriktade arbete.

Utdata tydliggör HFS-konceptet

Hösten 2009 hade HFS-ledningen strukturerat och sammanställt tydliga utdata på HFS-arbetet. Detta efter en prioriterad satsning på ökad tydlighet och återkoppling.

- Vi såg ett viktigt behov av att tydliggöra för medarbetarna vad HFS-arbetet innebär och leder till.
- Utdata förutsätter att både insatser och dokumentationsrutiner är utformade och implementerade, berättar Kerstin S W.
- Under 2009 och 2010 deltog vi intensivt på mottagningarnas och avdelningarnas arbetsplatsträffar för att presentera utdata och diskutera insatser och förbättringar med verksamheterna.
- Sen har vi kunnat tona ner detta något, då vi har fått ett starkt kontaktnät, säger Emma A.

Ett exempel på struktur för insatser och dokumentation är området alkoholriskbruk. Grunden är den landstingsgemensamt fastställda dokumentationsmallen enligt AUDIT-3. Frågan om alkoholkonsumtion ställs vid mottagningsbesök av läkare och vid inskrivning på avdelning av sjuksköterska. Frågan kan ställas genom så kallad autoanamnes, dvs i formulär som fylls i av patient före vårdtiden. Svaret registreras enligt mall. Vid veckokonsumtionsmätning ska antal standardglas per vecka anges. Om rådgivning och information om riskfri konsumtion ges ska detta dokumenteras i journalen.

Enhetlig registrering

Genom enhetlig registrering kan utdata redovisa:

- antal personer med riskbruk fördelat på ålder och kön
- veckokonsumtion
- antal konsultremisser (behöver dock förbättras)

Vid positivt utfall följs särskild rutin uppföljningsrutiner, där vi i en utdatarapport på 47 sidor redovisar HFS-relaterade data för verksamhetsåret 2010, berättar Kerstin.



Emma Algell, processledare, Thomas Eriksson, sjukhuschef och Kerstin Strandberg Wilbrand, projektledare.

Genom detta, genom enhetligt utformade ”hälsotavlor” och andra insatser har vi tydliggjort HFS-arbetet.

Tydligt organisatoriskt sammanhang

I vårdavtalet mellan landstingets hälso- och sjukvårdsstyrelse och Lasarettet i Enköping ingår det hälsoinriktade uppdraget med väl specificerade mål och ekonomikopplade uppföljningsmått. Utvecklingsenheten bildades 2008 och är lasarettets resurs för olika förbättringsprocesser. Utvecklingschef är Gunnar Bohlin, före detta mångårig HFS-processledare för lasarettet. Både Emma Algell och Kerstin Strandberg Wilbrand hör till utvecklingsenheten. Emma Algell är även miljösamordnare på lasarettet. Kerstin Strandberg Wilbrand arbetar även med förbättringsprocesser enligt Kaizen (och har därför i folkmun fått benämningen överkajsa). Detta gör att både Emma och Kerstin finns med i många situationer och möten där även HFS-frågorna blir ett naturligt inslag.

HFS-arbetsgrupp och ledningsmöten

Sedan något år har man stärkt HFS-arbetet genom en arbetsgrupp, med representation från varje avdelning och mottagning. Gruppen möts sex gånger per år. Fyra gånger per år stäms HFS-frågorna av i lasarettets ledningsgrupp. – Under senare år har HFS-arbetet fått tydligare former och blir allt bättre integrerat i lasarettets verksamhet, bekräftar sjukhuschef Thomas Eriksson.



Förevisning av idétavla med s.k. Kaizenlappar; när Kullbergsska sjukhuset genomför kollegial granskning. HFS-samordnare Angeli Beijhoff och verksamhetschef Åsa Högnäs Bredell granskar.

Samtal om implementeringsforskning

På vilket sätt kan forskning fördjupa kunskapen om implementeringsarbete inom hälso- och sjukvård? Främja Hälsa ställde frågan till Per Nilsen, docent i samhällsmedicin, Linköpings universitet, tillika redaktör för nyutkomna antologin *Implementering, teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*.

– Innovationsforskningen med utgångspunkt från Rogers diffusionsteori (2003) innehåller i allra högsta grad relevant kunskap för att förstå vårdens implementeringsfrågor, säger Per Nilsen.



*Per Nilsen, docent,
Linköpings universitet*

Innovationsforskningen specificerar vissa upplevda innovationsattribut, dvs. egenskaper hos det ”objekt” som implementeras, som påverkar i vilken omfattning innovationer implementeras. Detta analysverktyg har bl.a. använts för att identifiera egenskaper hos kliniska riktlinjer som underlättar eller försvårar att de omsätts i klinisk praxis (Grol et al., 1998; Foy et al., 2002).

– Forskning inspirerad av Rogers diffusionsteori har också pekat på egenskaper hos forskningens mottagare som påverkar i vilken omfattning de tar till sig och nyttiggör forskningsresultat, säger Nilsen. Inom innovationsforskning finns kunskap kring hur inflytande från olika aktörer kan påverka spridnings- och implementeringsprocesser. Förändringsagenter, opinionsledare och portvakter är några av de roller som har visat sig ha stor betydelse för hur kunskap i olika former sprids och nyttiggörs (Rogers, 2003).

Kunskaper från olika kunskapsfält

Nilsen menar att implementering av forskningsbaserad kunskap i olika former, t.ex. riktlinjer och innovationer, måste ses som komplicerade processer. Ibland har man enligt Nilsen förenklat för mycket och försökt sammanställa checklistor, där man bockar av olika faktorer eller åtgärder i tron att man då säkerställer lyckad implementering.

– Så enkelt är det dessvärre inte, poängterar Nilsen.

Nilsen betonar att det finns värdefull kunskap och viktiga lärdomar inom flera olika forskningsfält som är angelägna att ta fasta på för bästa möjliga förståelse och förklaring av vårdens implementeringsproblematik. Samhällsvetenskapligt orienterad forskning om policyimple-

mentering har bl.a. pekat på kontextens stora betydelse för implementeringsprocesser, implementeringsobjektets föränderlighet i denna process, frågor kring maktfördelning i processen, samt mångfalden av komplext sammanhängande förklaringsfaktorer på olika nivåer.

Organisationers lärande

– Implementeringsprocesser kan betraktas i termer av ett lärande, från individ- till organisationsnivå, menar Nilsen. Därmed blir det viktigt att undersöka vilka organisatoriska förutsättningar som skapas för detta lärande.

Ett lärandeperspektiv på implementeringens utfall innebär ett vidare synsätt på vad som uppnås, så att detta inte snävt bedöms med avseende på instrumentell förändring (av beteende), utan även i termer av konceptuella förändringar beträffande medvetenhet, kunskaper och attityder. Lärandeperspektivet innebär dessutom att praktiker tillerkänns en långt mer betydelsefull roll än att endast vara passiva mottagare av forskarnas kunskap, eftersom deras lärande kan ge upphov till nya idéer, produkter och arbetssätt (Nilsen et al., 2010).

Nilsen ser en stor utmaning i att organisera innovationsstödjande läroprocesser i arbetet. I dagens kunskapsamhälle blir allt fler varor och tjänster kunskapsintensiva, dvs. kunskapsinnehållet blir större i förhållande till det totala värdet. De enskilda människorna blir mindre utbytbara än tidigare, eftersom många verksamheter kräver delaktighet, ansvar, kvalificerad kunskap och hög lärandeförmåga. Arbetsplatsen som källa till lärande och innovation blir därmed allt viktigare.

REFERENSER

- Foy R, MacLennan G, Grimshaw J, et al. (2002). Attributes of clinical recommendations that influence change in practice following audit and feedback. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 55: 717-722.
- Grol R, Eccles M, Maisonneuve H, et al. (1998). Developing clinical practice guidelines. *The European experience*. *Dis Man Health Out*, Vol. 4: 255-266.
- Nilsen P (2010). Inledning. Ingår i: *Implementering – Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*, redaktör: Nilsen P. Lund: Studentlitteratur. Sid: 17-26.
- Rogers EM (2003). *Diffusion of Innovations* (femte upplagan; första upplagan 1962). New York: Free Press.
- Rothstein B (2006). *Vad bör staten göra?* Stockholm: SNS Förlag.

Stöd för implementering av riktlinjerna

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja införandet av de riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som kom i en preliminär version i oktober 2010. Motivet till denna ovanliga satsning är att dessa riktlinjer berör alla delar av hälso- och sjukvården. Iréne Nilsson Carlsson, tidigare chef på enheten för folkhälsa på Socialdepartementet, arbetar nu på Socialstyrelsen med detta regeringsuppdrag.

– Dessa skiljer sig från behandlingsinriktade riktlinjer genom att förebyggande-riktlinjerna berör i princip all hälso- och sjukvårdspersonal, både i landsting och kommun, berättar Iréne N. – Införandefasen blir därför annorlunda och betydligt mer omfattande.



*Iréne Nilsson Carlsson,
Socialstyrelsen.*

Omfattande omställning av hälso- och sjukvården

Regeringen menar i sitt beslut att ”en omfattande omställning i attityder och arbetssätt kommer att krävas.” Därför kommer införandeprojektet att pågå till 31 december 2014.

– Tidigare behandlingsinriktade riktlinjer är kopplade till olika sjukdomstillstånd. Detta är första gången som riktlinjer utformas för det sjukdomsförebyggande arbetet, framhåller Iréne N.

– Det är en milstolpe i folkhälsoarbetet, när Socialstyrelsen nu tillämpar riktlinjemetodiken på detta område. Och det är viktigt att minnas att det är kommunerna och landstinget som har ansvaret för att implementera även dessa riktlinjer men i projektet ska vi stödja huvudmännen och professionerna.

Uppdragets innehåll

Uppdraget går i korthet ut på att:

- tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna inom landsting och kommuner,
- kartlägga behovet av och stödja metodutveckling för det förebyggande arbetet inom vård och omsorg,
- skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper med hjälp av IT-lösningar och
- utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av införandet av riktlinjerna.

I uppdraget ingår också att följa den internationella utvecklingen inom området. I regeringens motiv för

projektet framhålls att ”ett bra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete kan förbättra folkhälsan. Det kan också leda till att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt. Efterfrågan på kunskap från vårdgivarna om vilka metoder som är lämpligast att använda i det praktiska arbetet är stor. I dag finns det även stora variationer mellan landstingen och mellan olika vårdgivare när det gäller vilken hjälp och vilket stöd som patienter erbjuds för att ändra riskfyllda levnadsvanor.”

Stödja metodutveckling

– Åtgärderna så som de är formulerade i riktlinjerna är relativt allmänt hållna. Att stödja metodutveckling via införandeprojektet bör bidra till att generera ökad kunskap om mer specifika metoder, säger Iréne Nilsson Carlsson

– Projektet syftar också till att underlätta för vårdgivare att kompetensutveckla sin personal så att fler kan arbeta med evidensbaserade sjukdomsförebyggande metoder. Stödet till metodutveckling ska, på några års sikt, ge ett ännu bättre kunskapsunderlag för vårdgivarna. Data för uppföljning kommer att kunna användas av vårdgivare och beslutsfattare.

– Redan idag arbetar man på många håll bra med det förebyggande arbetet. Det finns dock stora variationer, både inom och mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer. En snabb och bred satsning på att sprida kunskap om nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder gör att patienterna kommer att möta professionell sjukvårdspersonal som är kompetent att tillämpa de mest lämpliga metoderna för varje grupp av patienter.

– Det kommer också att leda till en mer jämlik vård, menar Iréne N.

– Organisationsformer, avtals- och ersättningsystem kan också höra till metodutvecklingen. Ifråga om resultatmätt, journalsystem och datafångst avseende tobak har SKL ett uppdrag utifrån Cancerstrategin. Där ska vi samverka.

Nära samverkan

– De positiva erfarenheterna från riskbruksprojektet visar vikten av att arbeta nära tillsammans med företrädare för vårdens olika professioner.

– Jag har under ett tiotal år också följt HFS-nätverkets verksamhet och utveckling, med dess viktiga kompetenser och handlingskraft. En första dialog med HFS sekretariat har ägt rum.

Iréne Nilsson Carlsson är inbjuden att delta vid HFS-nätverkets strategidagar 8 - 9 september.

– Det är inbokat i min kalender, och det ser jag fram emot, säger Iréne N.

Ny medlem i nätverket: Primärvården inom Uppsala Läns Landsting

*Per Elowsson, presidieledamot, primärvårdsdirektör
Karolina Eldelind, processledare, hälsoplanerare*

Primärvårdens medlemskap i Nätverket för hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer är ett steg i rätt riktning att ännu tydligare fokusera på det hälsofrämjande arbetet. Redan efter några månaders medlemskap har nätverket gett oss nya kunskaper samt tillgång till en bank full av goda exempel och erfarenheter.

Dessa kunskaper kommer dagligen till pass i vårt hälsoinriktade arbete. Både Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping har varit medlemmar i många år. Nu när även den offentliga primärvården finns med i nätverket kan vi tillsammans stärka vårt samarbete och göra det hälsofrämjande arbetet mer effektivt och utvecklat. Det känns verkligen roligt. En stor utmaning där nätverket kan vara ett stöd är det högaktuella uppdraget att införa Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Uppsala län har 320 000 invånare, av dessa har drygt 208 000 valt att lista sig på en av våra 23 offentligt drivna vårdcentraler. Förutom vårdcentraler finns det flera andra verksamheter inom Primärvården som hemvårdsenhet för äldre sjuka, mottagning för hemlösa i Uppsala och Enköping, barnspecialistmottagningar och ett flyktingmedicinskt hälsocentrum – Cosmos.

Folkhälsa och forskning i nära samarbete

Primärvården har en särskild enhet för forskning, folkhälsa och utveckling - FFoU-enheten. Folkhälsodelen har processledare för HFS-arbetet och hälsoplanerare. Här finns även psykologer med särskild kompetens i tobaksförebyggande arbete och motiverande samtal. För Primärvården är det viktigt att ha ett gott och nära samarbete kring folkhälsa, forskning och utveckling. Hälsoinriktad verksamhet är ständigt aktuella frågor som berör alla delar inom Primärvården. För att ytterligare markera att det här är ett område ständigt i fokus är primärvårdsdirektören presidieledamot i HFS-nätverket samt att Primärvårdens ledningsgrupp är styrgrupp för HFS-arbetet.

Hälsokoordinator på vårdcentralerna

Varje vårdcentral har en hälsokoordinator som fungerar som hälsoplanerarnas kontaktperson i det hälsofrämjande arbetet. Koordinatorerna har funnits sedan slutet av förra året. Att vara hälsokoordinator är en del av den ordinarie tjänsten på vårdcentralen. Nätverket för koordinatorerna träffas en gång per termin för att utbyta idéer och tankar, diskutera aktuella ämnen och helt enkelt nätverka med varandra. Vi har fått en positiv respons från våra hälsokoordinatorer. Systemet förenklar arbetet med att driva på



Samariterhemmets vårdcentral i Uppsala arbetar aktivt med hälsoinriktade insatser. I Hälsohörnan finns bland annat information om livsstilsfrågor. Sylvia Gustafsson, distriktssköterska och hälsokoordinator, är en av de som driver vårdcentralens hälsoarbete. Sylvia har god hjälp av hälsoplanerare Karolina Eldelind.

utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet och införandet av Socialstyrelsens riktlinjer.

Samtal om livsstil – en del av patientbesöket

Primärvården i Uppsala län har sedan flera år tillbaka arbetat med ett formulär kring livsstilsfrågor (allmän hälsa, kost, fysisk aktivitet, tobak och alkohol). När patienten besöker vårdcentralen fyller de i livsstilsformuläret. I patientmötet är formuläret ett underlag för samtal om levnadsvanor och eventuellt stöd till förändring av vanor. Livsstil dokumenteras i den elektroniska patientjournalen. Ur denna journal har vi kontinuerligt plockat utdata och återkopplat detta till vårdcentralerna.

Tobaksavvänjning för ungdomar

Som inträdesprojekt i nätverket har vi valt att utifrån patientperspektivet arbeta med att bygga upp en modell för tobaksavvänjning för ungdomar. Projektet genomförs vid Primärvårdens ungdomsmottagningar. I maj börjar vi att pilottesta den nya modellen på en av våra enheter. Det ska verkligen bli spännande. Gällande befolkningsperspektivet har vi ett samverkansprojekt där vi testar fysisk aktivitet på recept (FaR) inom skolhälsovården. Vårt medarbetarprojekt utgår från Primärvårdens arbete med ständiga förbättringar, metoden Kaizen-Lean. Metoden fokuserar på arbetsglädje och motivation, två faktorer som är viktiga i förbättringsarbete.

Det är mycket som är på gång nu inom vårt hälsofrämjande arbete och det är både positivt och utmanande. Här känner vi verkligen ett stöd av att vara en del av HFS-nätverket där vi kan hämta både kunskap och inspiration.

Ny medlem: Region Gotland

Monica Palmö, ordförande styrgruppen för hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Region Gotland
Per Stenberg, processledare, Region Gotland

Efter några års trevande och till flera medarbetares glädje så gick Gotland med i nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) 2010. Här följer en kort presentation av vår organisation och några tankar kring vårt deltagande i HFS nätverket.

Vid årsskiftet blev Gotlands kommun en egen region, Region Gotland. Vi bor ca 57 000 personer på Gotland och förra året besöktes vår ö av ytterligare 785 000 personer. Huvuddelen av besöken är koncentrerade till sommar-månaderna. I Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ingår verksamhetsområdena Opererande specialiteter, Medicinska specialiteter, Primärvård och Psykiatri och resursområdena Öppenvård, Slutenvård, Habilitering/Rehabilitering och Service och Diagnostik samt Tandvård. Visby Lasarett är ett sjukhus med 14 specialiteter och 155 vårdplatser. Vår huvudsakliga samarbetspartner är Stockholm läns landsting. Just nu är vi mitt i ett omställningsarbete där vi är på väg från en traditionell klinikstruktur till en processorienterad matrisorganisation. Socialförvaltningen ansvarar sedan årsskiftet för hemsjukvården.

Redan tagit flera steg

Trots en ekonomi i obalans och pågående omorganisation upplever vi att förutsättningarna för arbetet med hälsofrämjande hälso- och sjukvård är relativt goda. Det finns ett stort intresse från den politiska majoriteten. Socialstyrelsens kommande riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder understryker vikten. Bara genom att uppfylla medlemskraven har vi redan tagit flera steg i den riktningen.

Deltar i HPH-konferensen

Likaväl som vår litenhet kan vara en svaghet kan det också vara en styrka genom att vi lättare kan skapa samverkan med angränsande områden såsom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsoenheten. Vid den internationella HPH-konferensen i Turku våren 2011 kommer vi att presentera resultat och erfarenheter från utvärderingen av införandet av Tobakspolicyn inom Socialförvaltningen på Gotland. Vi har engagerat oss i Temagrupp Tobak där specialistsjuksköterska Mona Wahlgren säkert kommer att kunna bidra med erfarenheter från flera års arbete med tobaksavvänjning.

Styrgrupp, process- och projektledare

Sedan 2009 samordnas arbetet med den hälsofrämjande hälso- och sjukvården inom Region Gotland (då Gotlands kommun) av en styrgrupp med representanter från



Per Stenberg, HFS-processledare, samt Monica Palmö, tandvårdschef och presidieledamot.

Folkhälsoenheten, Socialförvaltningen och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Styrgruppen träffs ca en gång i månaden och rapporterar till regiondirektören samt förvaltningscheferna. Vi har en processledare för det hälsofrämjande arbetet och har nu rekryterat en projektledare för att testa och lära mera om PROM (patient-reported outcome measures). Vi håller nu på att rekrytera en projektledare för att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Sedan ett år tillbaka har vi ett lokalt nätverk för nyckelpersoner/eldsjälar inom det hälsofrämjande arbetet från olika verksamheter.

Utvecklingsprojekt

Innan vi gick med i HFS-nätverket genomförde vi på uppdrag från kommunfullmäktige en förstudie avseende det pågående hälsofrämjande arbetet inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Socialförvaltningen. Förstudien skulle även identifiera befintliga resurser samt lämpliga utvecklingsområden. Utifrån förstudien prioriterade styrgruppen de utvecklingsprojekt som senare blev våra inträdesprojekt i HFS-nätverket.

- Pröva metod för att mäta hälsorelaterad livskvalitet som komplement till annan verksamhetsuppföljning
- Främja barns och ungdomars hälsa med goda matvanor och fysisk aktivitet. Kopplat till vårdprogram för barn och unga med övervikt och fetma.
- Utvärdera rökfri arbetstid inom socialförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Införa systematiska metoder/arbetsätt för att stödja patienter/brukare att förändra levnadsvanor. Innefattar styrning och uppföljning. SoS:s kommande riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (inget inträdesprojekt).

Under 2011 har vi även ett uppdrag att beskriva tänkbara modeller för, och möjliga konsekvenser av en ersättningsmodell kopplad till de kommande nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Seminarium 16 februari: Ersättning för resultat

Hur kan man utforma ersättningssystem som premierar implementering av förebyggande insatser i primärvård? Denna fråga stod i fokus när Nätverket Hälsa och Demokrati tillsammans med Nätverket Uppdrag Hälsa inbjöd till seminarium 16 februari.

Underlag var det projekt som tre landsting genomförde år 2009, med stöd av SKL tillsammans med ovanstående nätverk. Margareta Kristenson, Linköpings universitet, diskuterade inledningsvis Socialstyrelsens riktlinjearbete avseende sjukdomsförebyggande metoder, process- och resultatindikatorer och betonade behov av att mäta för att lära. Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvård var ämnet för Anders Anell, Lunds universitet. Anell menade att svensk hälso- och sjukvård har relativt bra förutsättningar för utveckling av ersättningsprinciperna, genom enhetlig finansiering och tradition av i huvudsak fast ersättning. Att komplettera med målbaserad ersättning kan stödja implementering men oönskade bieffekter kan lätt uppstå. En stark rekommendation var därför att ta del av andras erfarenheter och utvärdera egna lösningar.

Källor:

Slutrapport för projektet "Ersättning för resultat" samt presentationer 16 februari finns på www.natverken.se

Minskad rökning – bättre cancervård

Insatser för minskad tobaksrökning är ett utvecklingsarbete inom ramen för SKLs arbete med Ännu bättre cancervård, i enlighet med de överenskommelser med staten som SKL träffat. HFS medverkar.

Tobaksrökning är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för cancer. Rökavvänjning inom hälso- och sjukvården är en framgångsfaktor i tobaksförebyggande arbete. Effektiva metoder för rökavvänjning, speciellt anpassade för hälso- och sjukvården, kan tioudubbla patientens möjligheter att lyckas sluta röka. Under 2011 initieras och genomförs arbeten bland annat för att stödja beställning, ersättning och uppföljning av arbetet med rökslutarstöd. Projektet verkar för att:

- rutiner finns och följs för att fråga alla patienter om tobaksvanor,
- professionell rådgivning om tobak och tobaksavvänjning erbjuds de som röker,
- system finns för beställning, registrering, uppföljning och återrapportering av resultatet av insatserna.

Projektet omfattar patientinriktad tobaksprevention inom landstingens/regionernas hälso- och sjukvård. Arbetet har ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. I projektets arbetsgrupp medverkar HFS temagrupp tobak. Kontaktperson är Ingvor Bjugård 08-452 7712. Läs mer http://www.skl.se/web/Minskad_tobaksrokning.aspx



vårdbyggnad



Hälsofrämjande vårdmiljöer 16 - 17 november

Vetenskapliga studier visar att miljön har betydelse för tillfrisknande från sjukdom och för främjande av hälsa. Vårdmiljöer bör ses som effektiva instrument i vården som kan minska lidande, underlätta vårdprocessen och förebygga sjukdom och ohälsa hos såväl patienter som personal.

Den 16 – 17 november 2011 genomförs konferensen Hälsufrämjande vårdmiljöer i Malmö. Arrangörer är HFS-nätverket och Forum för Vårdbyggnadsforskning. En vård av högsta kvalitet kräver effektiva och humanistiska miljöer som stärker och utvecklar människans inneboende resurser och möjligheter. Miljöhänsyn och klimatsmart vård kan ytterligare bidra till en effektivare vård av högre kvalitet.

Konferensen belyser aktuell forskning, undervisning och utveckling om vårdmiljöer och ger en rad konkreta exempel på hälsofrämjande vårdmiljöer:

- Inre miljö; enkel eller dubbelrum, arkitektur, färg, form, material, ljus
- Yttre miljö - natur, grönska, vatten
- Kultur i vården - konst och musik
- Utmaningar i ett mångkulturellt samhälle
- Vårdmiljöer integrerade i staden
- Miljöhänsyn och klimatsmarta vårdmiljöer
- Ergonomi och holistisk omvårdnad

Det slutliga programmet, anmälningsblankett samt anvisningar för hotellbokning i Malmö kommer att finnas på respektive webbplats; www.vardbyggnad.se och www.natverket-hfs.se i mitten av augusti.

Konferenslokal är Jubileumsaulan, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Väl mött i Hälsostaden Malmö!
Sven Montan

www.natverket-hfs.se



Nätverket Hälsufrämjande sjukhus och
vårdorganisationer
Kontakt: Lovisa Karlsson
Tel.: 010-103 72 68
e-post: lovisa.karlsson@lio.se