

Hälsofrämjande primärvård

en uppföljning av hälsofrämjande insatser vid sex vårdcentraler

av Ann-Sofie Bakshi



Vårdcentral

HSN-förvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00



Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Rapportnummer: 2011:2

ISBN: 978-91-979060-9-8

Omslagsfoto framsida: Peter Rosén/Pixmix. Baksida ovan från vänster: Berndt-Joel Gunnarsson, Oscar Mattsson, Oscar Mattsson och Linda Forsell/NordicPhotos.

Design: Alenäs Grafisk Form

Hälsofrämjande primärvård

*en uppföljning av hälsofrämjande
insatser vid sex vårdcentraler*

av Ann-Sofie Bakshi

Förord

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård är en viktig förutsättning för att nå en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Rapporten *Hälsofrämjande primärvård* är framtagen inom ramen för den pågående process som HSN-förvaltningen initierat för att främja en mer jämlik och god hälsa. Denna typ av processer är långsamma, men förhoppningen är att de ska visa sig verksamma, för att bryta trenden av en alltmer ojämlik hälsa. Som ett led i att stärka hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande insatser i socialt och ekonomiskt utsatta områden upprättade HSN-förvaltningen år 2008 särskilda avtal med några vårdcentraler. Genom dessa avtal, som sträcker sig utöver grundavtalen för husläkarmottagningarnas verksamhet, ville HSN-förvaltningen stödja, pröva och utveckla hälsofrämjande insatser och förhållningssätt.

Denna rapport är skriven av *Ann-Sofie Bakshi*, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Redaktör för rapporten är *Carin Bokedal*, Utvecklingsavdelningen, HSN-förvaltningen.

Rapporten bygger på ett samarbete mellan HSN-förvaltningen; *Lena Eriksson*, *Carin Bokedal* och Karolinska institutet; *Ann-Sofie Bakshi* och *Bo Burström* samt de *vårdcentraler* som ingår i avtalet med HSN-förvaltningen.

Rapportens slutsats visar att det arbete som vårdcentralerna utfört inom ramen för avtalet med HSN-förvaltningen har präglats av engagemang, intresse och kompetens. Satsningen har medfört att de som arbetar vid vårdcentralerna upplever att de har haft större möjlighet att arbeta hälsofrämjande och att satsningen har utvecklat hela verksamheten.

På nationell liksom på regional och lokal nivå saknas idag tillräcklig kunskap om användningen av hälsofrämjande metoder och insatser. Den hälsofrämjande process som påbörjats i denna satsning har en god utvecklingspotential och bidrar dessutom med ny kunskap till förvaltningens utveckling av metoder och insatser i det hälsofrämjande arbetet i Stockholms län.

Stockholm i maj 2011

*Catharina Barkman
Utvecklingschef
Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
Stockholms läns landsting*

Innehållsförteckning

Sammanfattning	7
Introduktion	9
Bakgrund	10
<i>En ojämlik hälsa</i>	10
<i>Hälsa bland socialt utsatta grupper i Stockholms län</i>	10
<i>Stockholms läns landsting och den ojämlika hälsofördelningen</i>	11
<i>Bakgrund till uppdraget och avtalen</i>	11
<i>Avtalen mellan HSN-förvaltningen och vårdcentralerna</i>	13
Material och metod	15
Resultat	16
<i>Det hälsofrämjande arbete vårdcentralerna utfört inom ramen för avtalen med HSN-förvaltningen</i>	16
<i>Hinder och framgångsfaktorer i det hälsofrämjande arbetet</i> ..	24
<i>Samverkan</i>	26
Diskussion	29
Slutsatser och rekommendationer	33
Referenser	35
Bilaga 1 Generellt avtal med vårdcentralerna	36
Bilaga 2 Uppdrag och uppföljningsplan för Carema Wasa Vårdcentral	41
Bilaga 3 Uppdrag och uppföljningsplan för Vårby Vårdcentral	44
Bilaga 4 Uppdrag och uppföljningsplan för Tensta Vårdcentral	47

Sammanfattning

I Stockholms län förekommer den största ohälsobördan i socioekonomiskt utsatta områden. I dessa områden finns en högre andel socialbidragsberoende, utbildningsnivåerna är lägre, arbetslösheten högre och antalet utlandsfödda är högre än i länet i övrigt. Det förekommer också högre ohälsotal och dödlighet, samt lägre medellivslängd än för länet. Mot bakgrund av detta utvecklade Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) år 2008 ett uppdrag för primärvården med syftet att stärka det hälsofrämjande arbete som utförs i utsatta områden genom att tilldela extra ekonomiska medel motsvarande en halv till en tjänst per vårdcentral och år. Deltagandet i denna satsning var frivilligt från vårdcentralernas sida, och sex vårdcentraler i de tre kommunerna Stockholm, Botkyrka och Södertälje beslöt sig för att delta. De sex vårdcentralerna var Tensta, Alby, Hallunda, Fittja, Vårby och Wasa Carema/Södertälje.

I samråd med vårdcentralerna utarbetade HSN-f avtal, där specifika mål och direktiv för vilka målgrupper och aktiviteter som skulle ingå i uppdraget formulerades. Målen för vårdcentralernas hälsofrämjande verksamhet var bland annat att med särskilda, riktade hälsofrämjande insatser nå socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län och att bidra till ökad medvetenhet om sambandet mellan hälsa och levnadsvanor. Målgruppen för insatsen utgjordes av socioekonomiskt utsatta personer med fokus på kvinnor, unga vuxna, personer med ekonomiskt bistånd och personer med i hälsoavseende komplexa problem. För att nå målpåfyllelse och nå målgrupperna skulle enligt avtalen vårdgivaren bland annat bedriva uppsökande verksamhet i samverkan med andra huvudaktörer, och tillsammans med dem utforma aktiviteter för målgruppen, genomföra hälsosamtal enligt motiverande samtalsteknik, och samverka med andra husläkarmottagningar inom samma uppdrag.

HSN-f beslöt att följa upp hur vårdcentralerna arbetat inom avtalen, och denna rapport utgör ett led i denna uppföljningsprocess. Uppföljningen har genomförts med kvalitativ metod, och rapporten fokuserar på vårdcentralernas verksamhetsansvarigas erfarenheter av och uppfattningar om hur vårdcentralerna har följt avtalens intentioner och riktlinjer. Rapporten bygger på intervjuer med verksamhetsansvariga på vårdcentralerna samt på vårdcentralernas åttårsrapporter till HSN-f om hur de arbetat inom uppdraget.

Analysen visar att vårdcentralerna enligt avtalen arbetat med hälso-samtal, och i viss utsträckning med olika utbildningsåtgärder, såsom hälsoskola och gruppaktiviteter riktade till exempelvis rökande småbarnsföräldrar. Samverkan har till största delen bestått av informationsåtgärder, där vårdcentralerna uppsökt skolor, föreningar, kyrkor med flera för att informera om den hälsofrämjande verksamhet de bedriver, och endast i ett fåtal fall har samverkan skett i form av gemensamma aktiviteter. Studien resulterade också i att hinder och framgångsfaktorer för det hälsofrämjande arbetet kunde urskiljas. Under intervjuerna lyftes kommunikativa aspekter fram, där de verksamhetsansvariga upplever att de är osäkra på hur man ska nå ut till och bemöta socioekonomiskt utsatta människor från andra kulturer än den svenska. Man menar att vårdcentralernas personal har viss erfarenhet och kompetens inom detta område, men skulle behöva mer kunskap om hur man arbetar med dessa målgrupper för att öka det hälsofrämjande arbetets effektivitet. Som framgångsfaktorer nämns de extra medel som tilldelats genom uppdraget, vilket gjort det möjligt att dels göra mer omfattande hälsofrämjande insatser, dels utveckla kvaliteten på befintliga insatser, vilket även genererat en utveckling av vårdcentralernas övriga verksamhet. Personalens kompetens och engagemang för invånarnas hälsa, samt invånarnas intresse för frågan lyfts också fram som framgångsfaktorer och betraktas som viktiga hörnstenar för det hälsofrämjande arbetet.

Mot bakgrund av vad som framkommit i analysen, rekommenderas att vårdcentralernas hälsofrämjande verksamhet inom avtalen med HSN-f får fortsätta, men att arbetet fortsättningsvis fokuserar på följande aspekter:

Samverkan:

- Utveckling av samverkansstrukturer, som åtminstone initialt planläggs i samråd med vårdcentralerna på en mer övergripande organisatorisk nivå inom SLL, exempelvis HSN-f.
- Ökad samverkan med externa aktörer, kanske främst med kommunen, för att undvika att flera aktörer inom samma geografiska område gör liknande insatser.
- Ökad samverkan mellan vårdcentralerna gällande kommunikationsstrategier för att nå och påverka utsatta grupper, eventuellt i samarbete med resurspersoner inom SLL.

Kompetensutveckling/kommunikation:

- Vidareutbildning/kompetensutveckling av vårdcentralernas personal inom områdena *Health literacy* och kommunikation med personer från andra kulturer och samhällsförhållanden än den svenska.

Introduktion

Denna rapport är en uppföljning av de avtal (se Bilaga 1) som slöts år 2008 mellan Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting och sex vårdcentraler i Stockholms län, belägna i socio-ekonomiskt utsatta områden. Enligt avtalen ska vårdcentralerna ägna en del av verksamheten åt hälsofrämjande insatser, särskilt riktade till utsatta grupper under åren 2008–2011. För denna verksamhet tilldelas vårdcentralerna extra medel.

Rapporten syftar till att följa upp hur vårdcentralerna har arbetat för att uppfylla avtalen med HSN-f och bygger bland annat på vårdcentralernas skriftliga redovisningar av avtalsverksamheten och intervjuer med vårdcentralernas verksamhetsansvariga som genomfördes under senare delen av år 2010. I samtliga fall har verksamhetschefen intervjuats, med ett undantag där verksamhetsansvarig distriktssköterska/projektledare och projektplaneraren intervjuades. Rapporten täcker endast in den hälsofrämjande verksamhet som skett inom ramen för avtalen, och inga andra delar av vårdcentralernas verksamheter. När avtalen nämns i texten utan att preciseras närmare är det dessa avtal som avses, och inte andra avtal som träffats mellan HSN-f och vårdcentralerna.

Bakgrund

En ojämlik hälsa

I Sverige och även i övriga EU betraktas ojämlik hälsa alltmer som en av de mest centrala folkhälsofrågorna och en viktig utmaning inför framtiden. Forskning har sedan länge visat att det råder ojämlikhet vad gäller hälsa och hur denna ojämlikhet fördelar sig i populationen. Däremot finns idag relativt liten kunskap om verksamma strategier för att öka jämlikheten när det gäller hälsa.

Det är idag klarlagt att individer med lägre utbildning och inkomst har högre förekomst av hälsoproblem och tenderar att avlida tidigare än individer med en högre socioekonomisk status. Detta resulterar i att hälsan fördelar sig ojämlikt i relation till socioekonomisk status i samhället. Fysiska och psykiska hälsoproblem kan generellt vara mer än 50 procent vanligare hos barn med låg socioekonomisk status än hos barn med föräldrar med högre socioekonomisk status. Forskning visar tydliga samband mellan låg socioekonomisk status och ohälsa exempelvis barn- och ungdomsfetma, med tillhörande sjukdomsbild av diabetes och hjärt-kärlsjukdomar, och på det motsatta sambandet, där individens välbefinnande ökar, i relation till deras socioekonomiska status (Blomquist & Bergström, 2007; Magnusson et al, 2005).

Den ojämlikhet i hälsa som finns i samhället påverkar flera olika hälsotillstånd och beror på flera olika faktorer, som innefattar bland annat socioekonomisk status men också tillgång till hälso- och sjukvård, och kvaliteten på den vård som tillhandahålls.

Hälsa bland socialt utsatta grupper i Stockholms län

I Stockholms län är hälsan olikt och även ojämlikt fördelad, och flera studier och rapporter visar att det är i socioekonomiskt utsatta områden som den största ohälsobördan förekommer (Folkhälsorapport 2007). Utsatta områden karaktäriseras av hög andel socialbidragsberoende, lägre utbildningsnivåer, hög arbetslöshet och högre andel utlandsfödda än för Stockholms län i övrigt. En stor del av länets utsatta områden byggdes under miljonprogrammet på 1970-talet. I dessa områden förekommer högre ohälsotal, högre förekomst av riskfaktorer för ohälsa, högre dödlighet och lägre medellivslängd än för både länet och riket i övrigt. Man kan med andra ord tala om att en hälso-

segregation råder i länet, där områden med en låg socioekonomisk status är mest utsatta. Dessutom tyder resultat från Folkhälsorapport 2007 att vårdkonsumtionen inte motsvarar den höga ohälsan, bland annat att man inte söker vård i tid, i tillräcklig omfattning, eller får den hjälp man har behov av (Folkhälsorapport 2007).

Stockholms läns landsting och den ojämlika hälsofördelningen

Stockholms läns landsting (SLL) har prioriterat en mer jämlik hälsa i länet, bland annat i sin *Folkhälsopolicy* och i *Handlingsplan för folkhälsa 2008–2010*.

I Folkhälsopolicyn anges fem mål för länets folkhälsofrämjande verksamhet:

- Goda livsvillkor
- God miljö
- Goda arbetsförhållanden
- Hälsosamma levnadsvanor
- God psykisk hälsa

I relation till policyns fem mål, anger Handlingsplan för folkhälsa ett antal prioriterade insatser och strategier. De insatser och strategier som lyfts fram som särskilt viktiga för att motverka ojämlikhet i hälsa är bland annat ökad samverkan mellan kommuner och landsting, utbildning, informationsinsatser och hälsoinformation riktad till utsatta grupper, och upprättande av handlingsplaner för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Att genomföra vad handlingsplanen och folkhälsopolicyn anger, åligger olika organisatoriska instanser inom SLL, bland andra HSN-f. En viktig insats är att inom primärvården utveckla en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Även Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) har ett åtagande genom uppdragsförfarande.

Bakgrund till uppdraget och avtalen

Vid vårdvalsreformens införande 1 januari 2008 utfördes bland en del av länets vårdcentraler hälsofrämjande insatser som hade utformats på olika sätt och med så olika mål och inriktning att det var svårt för HSN-f att få ett helhetsgrepp över insatserna. Därför beslöt HSN-f att utforma ett helt nytt uppdrag för hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser där alla vårdgivare skulle arbeta utifrån samma mål och syfte. Detta skulle finansieras med ekonomiska medel från de hälsofrämjande insatser som tidigare bekostats inom ordinarie budget. Uppdraget utformades i enlighet med de direktiv som *Folkhälsopolicy 2008–2010* anger och i relation till de insatser och strategier som *Handlingsplan för folkhälsa* lyfter

fram, med utgångspunkt i *Hälso- och sjukvårdslagen § 2*: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

Uppdraget initierades också på grund av flera rapporter, bland andra *Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län 2007* och *Folkhälsorapporten 2007*, som visar ett tydligt samband mellan socioekonomisk utsatthet och ohälsa, samt att ohälsa i sin tur medför negativa sociala och ekonomiska konsekvenser. Människor i en socioekonomiskt utsatt situation har ökad risk för att utveckla ogynnsamma levnadsvanor, och kan på grund av sin livssituation dessutom ha svårt att hantera riskbeteenden. Därför utarbetade HSN-f ett förslag som innebar att vårdgivare verksamma i kommundelar med högt socioekonomiskt index skulle erbjudas riktade/öronmärkta resurser för att utföra särskilda hälsofrämjande insatser riktade till personer som befinner sig i en utsatt livssituation.

Uppdraget syftade till att vårdcentralerna skulle utföra hälsofrämjande insatser, samt förbättra kontakten mellan befolkningen och vårdcentralen så att personer med behov av vård skulle få den vård de behövde. Arbetet skulle kännetecknas av ökad kommunikation och dialog med befolkningen och lokala organisationer i syfte att öka vårdgivarens kunskaper om befolkningens behov av vård och hälsofrämjande insatser, samt de hinder som kan finnas för detta.

De vårdgivare som verkade i de mest socialt utsatta områdena (baserat på socioekonomiskt index) erbjöds att utföra insatsen. Totalt fick nio vårdgivare erbjudandet. Av dessa nio vårdgivare var det tre som inte ville åta sig uppdraget och avböjde erbjudandet efter första informationsmötet. I kommunerna Stockholm, Botkyrka och Södertälje anmälde sex vårdcentraler sitt intresse, och från början deltog följande vårdcentraler i uppdraget:

- Tensta
- Alby
- Hallunda
- Fittja
- Vårby
- Wasa Carema (Södertälje)

Uppdraget inleddes med en tre månaders kartläggningsfas, då vårdcentralerna bland annat undersökte sina respektive områdens behov och målgrupper. Under kartläggningsfasen framkom att vårdcentralerna hade delvis olika förutsättningar och områdeskaraktäristika och fick därför möjlighet att utforma uppdraget med egna lokala mål som

skrevs in i uppdraget. Efter kartläggningsfasen bjöd HSN-f in de sex vårdcentralerna till ett seminarium för att diskutera uppläggningsen av det fortsatta arbetet inom uppdraget. Ytterligare två seminarier organiserades; efter ett år då vårdcentralerna enligt uppdraget lämnat rapport om måluppfyllelse och efter två år för informationsutbyte.

Tre vårdcentraler avslutade uppdraget efter ettårsuppföljningen på grund av att ingen överenskommelse kunde nås mellan dessa vårdcentraler och HSN-f angående kraven på hur uppdraget skulle fullföljas. Vårdcentralerna fick erbjudande om att fortsätta med förändrad verksamhet i enlighet med riktlinjerna för avtalet, men avböjde detta erbjudande.

Avtalen mellan HSN-förvaltningen och vårdcentralerna

För att formalisera uppdraget utvecklades avtal, som de medverkande vårdcentralerna hade möjlighet att vara med och utforma. Varje vårdcentral har ett eget avtal med HSN-f, men samtliga avtal inom uppdraget är likalydande. I avtalen sattes specifika mål upp, liksom direktiv för vilka målgrupper insatsen skulle omfatta och vilken typ av aktiviteter vårdcentralerna skulle genomföra. Vårdcentralerna gavs dock, inom ramen för avtalet, utrymme att själva avgöra vilka aktiviteter de skulle prioritera i relation till den egna verksamheten och områdets lokala behov. Avtalen avser perioden 2008–2011 och omfattar tre och ett halvt år. De extra medlen motsvarar en halv till en tjänst per vårdcentral och år. Summans storlek varierar i relation till omfattningen av vårdcentralens upptagningsområde.

Följande mål formulerades:

- att med särskilda, riktade hälsofrämjande insatser nå socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län
- att personer i ovanstående grupper som har behov av vård kommer i åtnjutande av denna
- att bidra till ökad medvetenhet om sambanden mellan hälsa och levnadsvanor
- att skapa en hälsodialog för att öka kunskapen och medvetenheten om hälsofrågor, i syfte att öka förutsättningarna för ett ökat välbefinnande
- att upptäcka/spåra upp riskbeteende/riskfaktorer i nedanstående målgrupper och till dessa erbjuda hälsoinsatser
- att via dessa insatser påverka målgruppen till ett friskare liv¹.

Målgruppen för insatsen är människor i socioekonomiskt utsatt situation i samhället, med särskilt fokus på kvinnor, unga vuxna och

¹ Detta mål lades till enligt önskemål från vårdcentralerna Tensta och Wasa. Övriga valde att ha grunduppdragets målformulering oförändrad.

personer som är mottagare av ekonomiskt bistånd, samt människor med komplexa problem.

HSN-f har angett vissa principer för insatsernas utformning. Övergripande ska insatserna präglas av helhetssyn på målgruppen ur fysiskt, psykiskt, socialt samt kulturellt hänseende, och vårdgivaren ska använda evidensbaserade och andra kunskapsbaserade metoder. Vidare ska vårdgivaren kartlägga de resurser som finns för målgruppen i närområdet, samt upprätta kontakter för samarbete och nätverksbyggande. Utifrån kartläggningen ska en lokal behovsanalys utvecklas som ska utgöra utgångspunkt för vårdgivarens prioriteringar och målformuleringar. Behovsanalysen bör utformas i samverkan med målgruppen och representanter för övriga aktörer i området.

HSN-f anger ett antal mer preciserade aktiviteter som vårdgivaren ska genomföra:

- Vårdgivaren ska bedriva uppsökande verksamhet i samverkan med andra huvudaktörer och tillsammans utforma aktiviteter för målgruppen.
- Vårdgivaren ska samverka med andra husläkarmottagningar med samma uppdrag, samt andra vård- och omsorgsgivare som möter målgruppen.
- Vårdgivaren ska särskilt beakta bemötandet, samt även på andra sätt öka målgruppens tillgänglighet till hälso- och sjukvård.
- Vårdgivaren ska verka för ökad tillgänglighet för målgruppen, inte enbart till den egna verksamheten utan till övrig hälso- och sjukvård som den enskilde bedöms behöva.
- Vårdgivaren ska vara kunskapsförmedlare om målgruppens behov i vårdcentralens verksamhet och till andra berörda vårdgivare/huvudmän i närområdet om målgruppens behov av hälso- och sjukvård.
- Vårdgivaren ska genomföra hälsosamtal om livsstilsfrågor enligt motiverande samtalsteknik².

Vårdgivaren ska samverka med CeFAM, Transkulturellt centrum och Centrum för Folkhälsa³. Samverkan ska bland annat innebära att delta i utbildningar eller på annat sätt ta del av den kunskap som finns kring målgruppen och dess behov.

² Denna aktivitet lades till enligt önskemål från vårdcentralerna Fittja, Hallunda, Alby, Wasa och Tensta. Vårby valde att ha grunduppdragets aktivitetsformulering oförändrad.

³ Centrum för folkhälsa ingick i SLL fram till årsskiftet 2008/2009, då avdelningen genomgick en omfattande omorganisation och fick Karolinska Institutet som arbetsgivare.

Material och metod

Materialet, som består av vårdcentralernas rapporter om verksamheten inom avtalen och intervjuer med vårdcentralernas verksamhetsansvariga⁴, har analyserats med kvalitativ metod. Studien fokuserar på de verksamhetsansvarigas erfarenheter av och uppfattningar om hur vårdcentralernas hälsofrämjande verksamhet har följt avtalens intentioner och riktlinjer, och därför har kvalitativ metod använts som analytiskt perspektiv (Atun et al, 2010). För intervjuerna, som genomfördes under den senare delen av år 2010, användes en semi-strukturerad intervjumanual (Kvale & Brinkmann, 2006). Vårdcentralernas rapporter tillhandahölls av avtalsansvarig på HSN-f.

Innehållet i materialet kategoriserades i relation till studiens syfte – att följa upp hur vårdcentralerna har arbetat för att uppfylla avtalen med HSN-f.

Fyra teman utkristalliserade sig, vilket innebär att vårdcentralernas hälsofrämjande verksamhet inom ramen för avtalet beskrivs genom följande teman:

- Det hälsofrämjande arbete som utförts inom ramen för avtalet med HSN-f
- Hinder och framgångar
- Samverkan
- Framtidens hälsofrämjande verksamhet.

⁴ I studien ingår intervjuer med verksamhetsansvariga på vårdcentralerna i Vårby, Alby, Södertälje, Tensta och Hallunda. Under datainsamlingsfasen gjordes ett flertal försök att kontakta verksamhetsansvarig på Fittja vårdcentral för intervju utan framgång, och därför har Fittja vårdcentral inte inkluderats i denna studie.

Resultat

Denna del av rapporten bygger dels på de skriftliga rapporter som vårdcentralerna lämnat till HSN-f, där de redovisar den hälsofrämjande verksamhet som utförts inom avtalen, dels på de intervjuer med verksamhetsansvariga på vårdcentralerna som genomfördes under senare delen av år 2010. När intervjuerna genomfördes hade satsningen pågått under cirka tre år. Vid ettårsuppföljningen under 2009 och efter krav på större måluppfyllelse från HSN-f beslöt tre av vårdcentralerna att avbryta avtalet: Alby, Fittja och Hallunda. De övriga vårdcentralerna har fortsatt verksamheten inom ramen för avtalen.

Resultatet redovisas nedan genom att beskriva de fyra teman som genererades i analysen av materialet:

- Det hälsofrämjande arbete som utförts inom ramen för avtalen med HSN-f
- Hinder och framgångar
- Samverkan
- Framtidens hälsofrämjande verksamhet.

Det hälsofrämjande arbete vårdcentralerna utfört inom ramen för avtalen med HSN-förvaltningen

Carema Wasa vårdcentral, Södertälje

En stor del av vårdcentralens verksamhet är inriktad på att utveckla en stabil hälsofrämjande verksamhet som karaktäriseras av tillgänglighet, samt att sprida information om detta i området. Syftet med verksamheten är att nå de socioekonomiskt utsatta invånarna i området, och målgruppen utgörs av barn, yngre och medelålders personer och familjer med riskfaktorer som rökning, övervikt, låg fysisk aktivitet och dåliga matvanor. Man har arbetat med att försöka upptäcka riskbeteenden i målgruppens levnadsvanor och bland annat genom hälsosamtal samt kostnadsfri hälsokontroll och rådgivning försöka påverka målgruppen till en hälsosammare livsföring. I mars 2010 startades en hälsofrämjande mottagning, för att ytterligare förstärka den hälsofrämjande verksamheten. En stor arbetsinsats har ägnats åt att sprida information och skapa kontaktytor för att få områdets socioekonomiskt utsatta invånare att söka sig till vårdcentralen i hälsofrämjande syfte. Bland annat har man distribuerat informations-

material; så kallade flyers har skickats till alla invånare i området och informationsblad har satts upp på olika platser.

För att skapa ytterligare kontaktytor för informationsspridning har man dessutom vänt sig till olika aktörer som har en nyckelposition då det gäller kontakter med målgruppen, bland andra områdets kyrkor, vuxenskolan SFI (Svenska för invandrare utbildning) och socialtjänsten i Södertälje. Viljan att medverka har varierat. Den ena kyrkan var positiv och har hjälpt till att sprida information om vårdcentralens hälsofrämjande verksamhet, medan den andra kyrkan avböjde att delta. Dock reagerade den kyrkans kvinnogrupp positivt, och spred information genom sitt nätverk. Samarbetet med SFI har gått bra, och genom deras medverkan har information om mottagningen och hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar spridits. Socialtjänsten i Södertälje har enligt Wasa vårdcentral tyvärr inte visat något intresse för samarbete i frågan. Vårdcentralen uppfattar socialtjänsten som en viktig aktör, då deras huvudsakliga målgrupp utgörs av socioekonomiskt utsatta personer i området. Verksamhetschefen uppger i intervjun att flera försök att knyta kontakt och skapa en samverkansyta har gjorts utan resultat.

Trots informationsinsatsen som initialt gjordes för att få invånarna intresserade av hälsofrämjande verksamhet var gensvaret i början lågt, och få sökte sig till mottagningen. Dock fortsatte man med informationsinsatserna, och med tiden vände trenden. Wasas verksamhetschef anser att det beror på att de personer som varit på mottagningen och upplevt det som positivt, spred sina erfarenheter vidare i sina kontaktnät. Detta har medfört att områdets invånare i ökande takt söker sig till mottagningen för att få en hälsokontroll och hälsosamtal. En annan anledning till den positiva utvecklingen är att den sjuksköterska som är ansvarig för mottagningens hälsofrämjande verksamhet talar både arabiska och assyriska, och kan därmed kommunicera med patienterna utan tolk, menar Wasas verksamhetsansvariga. Detta skapar andra förutsättningar för en lyckad dialog om hälsa och livsstil, än om samtalen hade behövt genomföras med en tolk, som tredje part.

De flesta patienterna har velat få hjälp med att gå ned i vikt, och få information om kost och motion. Förutom den hälsokontroll som genomförts på patienterna, höll ansvarig sjuksköterska hälsosamtal i form av motiverande samtal med patienterna, och gav stöd och råd om hur man till exempel ändrar sina kost- och aktivitetsvanor, var man kan träna i området och erbjöd fysisk aktivitet på recept. Kostråden har förmedlats av CeFAM, som Wasa samarbetat med för att få resurstöd inom området. Flera av patienterna har remitterats vidare till olika specialiserade mottagningar, som exempelvis hypertoni-

mottagning, diabetessjuksköterska, läkare för bedömning av kolesterolvärde, tobaksterapeut och överviktsmottagning. Detta gjordes för att på ett så tidigt stadium som möjligt upptäcka riskfaktorer och förebygga insjuknande, eller att ge patienten vård.

Vårdcentralen ordnade också gruppträffar för patienterna för att kunna förmedla mer utförlig information om kost och fysisk aktivitet, tobak och alkohol, stress och sömn. Dock har intresset för dessa gruppträffar varit lågt, och deltagarna har varit för få för att fortsätta med verksamheten. En variant på detta kommer dock att startas upp till våren – då man kommer att erbjuda stavgång i grupp, för att öka såväl motivationen för och kunskaperna om ökad fysisk aktivitet och hälsosammare levnadsvanor.

Syftet med den hälsofrämjande verksamhet som Wasa vårdcentral utfört inom ramen för avtalet är att nå målgruppen – socioekonomiskt utsatta personer i området – med information om vårdcentralens hälsofrämjande verksamhet, så att de ska söka sig dit för att få hjälp att förändra sina levnadsvanor och främja sin hälsa, samt att fånga upp de individer som är i behov av ytterligare hjälp, bland annat i form av vård.

Ett ytterligare syfte är att öka invånarnas kunskap om hälsofrämjande levnadsvanor och en bättre hälsa. Både vårdcentralens verksamhetschef och sköterskan som ansvarar för den hälsofrämjande verksamheten pekar på att det finns relativt stora kunskapsbrister om sambanden mellan levnadsvanor och den effekt de har på hälsan. Som exempel nämner de båda, dels under intervjun med verksamhetsansvarig och i sjuksköterskans rapport till HSN-f, att flera av patienterna som sökt sig till mottagningen för att få hjälp med viktnedgång, inte känner till de effekter som kostvanor har på hälsotillståndet, utan endast ser sambandet mellan kostvanor och kroppsvikt.

Vårby vårdcentral

Vid tiden för denna intervju var verksamhetschefen relativt nytilträd, och hade haft tjänsten som verksamhetschef för vårdcentralen sedan oktober 2010, cirka två månader. Vårby vårdcentral har valt att inom ramen för avtalet, i arbetet med att främja hälsan hos socioekonomisk utsatta grupper, särskilt fokusera på målgruppen kvinnor med komplexa problem, och därigenom även nå deras barn, som ofta befinner sig i en utsatt situation. De huvudsakliga målen för verksamheten är att nå målgrupperna och erbjuda vård till de som har behov av detta, att öka medvetenheten om sambandet mellan hälsa och levnadsvanor genom att skapa en hälsodialog samt öka förutsättningarna för ett ökat välbefinnande. För att göra detta har Vårby vårdcentral bland annat arbetat med att genomföra utbildningar i motiverande samtal som introduktion till KBT för vårdcentralens personal, genom-

fört hälsosamtal med patienter, samverkat med olika externa aktörer i området, organiserat hälsodagar samt anordnat en permanent promenadslinga. Under senare delen av 2010 påbörjades också en hälsoskola⁵, i samarbete med Arbetsförmedlingen.

Motiverande samtal i hälsofrämjande syfte används i mycket stor utsträckning av personalen på vårdcentralen, bland annat av diabetes-sköterskan, och man upplever att den introduktionsutbildning i KBT som personalen gått varit till stor hjälp och utvecklat verksamheten. Den sköterska som är ansvarig för den hälsofrämjande verksamheten hade inte, utan de resurser som detta avtal med HSN-f gav, haft möjlighet att genomföra den utbildningen.

De hälsodagar som genomförts har dels ägt rum på torget i Vårby centrum, dels hos vårdcentralen. Under hälsodagarna i Vårby centrum informerade man om vårdcentralens hälsofrämjande verksamhet, erbjöd mätning av blodtryck, lungfunktion och gav hälsoinformation om rökning, kost och motion med mera. Hälsodagarna på vårdcentralen har varit i form av öppet hus där man informerat om och visat upp verksamheten och hur man lever ett hälsofrämjande liv. Syftet med hälsodagarna har varit att visa vad man har att erbjuda och få invånarna att komma till vårdcentralens hälsofrämjande verksamhet, och att öka intresset för och kunskaperna om sambanden mellan levnadsvanor och hälsa. Ett annat viktigt syfte har varit att ”avdramatisera frågan”, som verksamhetschefen säger under intervjun, det vill säga att medvetandegöra om vikten av att komma tidigt, att våga söka hjälp och vård innan man blivit sjuk, exempelvis innan övervikten har utvecklats till fetma och riskerar att leda till, eller har lett till, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Hälsoskolan påbörjades under senare delen av år 2010, och man har samverkat med Arbetsförmedlingen, genom att deltagarna till hälsoskolan rekryterats från deras klientbas. Deltagarna har främst bestått av långtidssjukskrivna och arbetslösa personer, mestadels kvinnor, som blivit utförsäkrade från socialförsäkringssystemet. Under 6–7 tillfällen har de fått undervisning och haft möjlighet att diskutera om bland annat det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, sambandet mellan livsstil och hälsa samt hälsofrämjande vanor. Fokus ligger på att medvetandegöra deltagarna om att det endast är de själva som kan förändra

⁵ Hälsoskola är en typ av kurs i hälso- och sjukvård, som kommuner och landsting i Sverige erbjuder bland andra nyanlända flyktingar, invandrare och personer som är, eller riskerar att bli långtidssjukskrivna. En kurs brukar omfatta 7–10 veckor och består av undervisning om hur man själv kan främja sin hälsa, vanliga sjukdomar och deras behandling, egenvård och det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Undervisningen leds exempelvis av sjuksköterskor, friskvårdskonsulenter, läkare, psykologer/kuratorer och sjukgymnaster.

sina levnadsvanor och lära dem hur man tar ansvar för sin egen hälsa. Under intervjun berättar vårdcentralens verksamhetschef att insatsen har varit lyckad och att man kan se ett positivt resultat i form av att deltagarna förändrat sina levnadsvanor, och då särskilt kost och motion. Dessutom har man fått mycket positiv respons från deltagarna och man upplever att de är motiverade att gå utbildningen.

Även om samarbetet med Arbetsförmedlingen med att få deltagare till hälsoskolan varit lyckat, anser man på vårdcentralen att man skulle behöva rikta insatsen på ett delvis annat sätt när man söker deltagare till utbildningen. De som kommit genom Arbetsförmedlingen är redan utslagna, menar verksamhetschefen och säger att de behöver komma tidigare för att få stöd och hjälp för att förebygga ohälsa. Troligen kan man genom vårdcentralens verksamhet hitta lämpliga deltagare till hälsoskolan, och en fördel med detta skulle vara möjligheten att kunna fånga upp människor tidigare, innan den negativa utvecklingen gått för långt.

Den positiva respons man fått av deltagarna, och att det syns resultat i form av att deltagarna börjat ändra sina levnadsvanor i hälsofrämjande riktning, gör att man kommer att fortsätta med hälsoskolan, under förutsättning att resurser finns för denna verksamhet. Förutom att ytterligare utveckla hälsoskolans koncept, skulle man vilja kunna fördela mer tid och resurser på att göra effektiva målgruppsundersökningar för att finna lämpliga deltagare.

Promenadslingan har varit en satsning som fallit mindre väl ut. Det har varit svårt att rekrytera deltagare till promenaderna och satsningen ligger för närvarande vilande. Man vill dock gärna fortsätta, men kommer först att försöka lösa problemet med hur man ska få folk att delta.

Tensta vårdcentral

Tensta vårdcentral har ägnat en stor del av arbetet med att främja hälsa hos utsatta grupper i området åt utåtriktad verksamhet i form av föreläsningar och informationsspridning, både om hur levnadsvanor påverkar hälsan och om vad mottagningen erbjuder i sin hälsofrämjande verksamhet. Vårdcentralen anger i redovisningen för sin hälsofrämjande verksamhet inom ramen för avtalet med HSN-f, att målgruppen utgörs av barn, yngre och medelålders människor i området med riskfaktorer i form av rökning, övervikt, otillräcklig fysisk aktivitet och dåliga kostvanor. Målet för satsningarna har varit att upptäcka/spåra upp riskfaktorer hos målgruppen, och erbjuda dem olika former av hälsoinsatser, samt att påverka målgruppen till mer hälsofrämjande levnadsvanor.

En viktig del av verksamheten har varit att nå personer med riskbeteende, exempelvis rökning. Bland annat har man i samarbete med

BVC i Tensta försökt nå rökande småbarnsföräldrar för att erbjuda kostnadsfria föreläsningar och stödja rökslut. Den behovsundersökning man genomförde inom ramen för avtalet visade att rökande småbarnsföräldrar är ett utbrett problem i området. Intresset var dock lågt och satsningen har inte gett märkbart resultat. Projektledaren/ansvarig sköterska för den hälsofrämjande verksamheten samt projektplaneraren säger i intervjun att det tar tid och resurser att nå människor och påverka dem i hälsosam riktning, och att möjligheterna att få positiva effekter ökar om de kan fortsätta med detta. Samverkan med grundskolan har fungerat bättre än försöken att nå rökande småbarnsföräldrar, och man har vid flera tillfällen varit ute i skolor och föreläst om hur rökning påverkar hälsan, och fått positiv feedback av både elever och lärare. Under intervjun framkommer det att man på vårdcentralen vill utveckla insatserna mot rökning till att omfatta även alkohol och droger samt rikta insatserna mot ungdomar. I dessa insatser vill man samverka med andra aktörer, exempelvis polisen och ungdomsmottagningen. Dock finns ungdomsmottagningen, som är en nyckelaktör i kontakterna med ungdomar, inte kvar i Tensta, utan har flyttats till Kista.

Vårdcentralen har också vid flera tillfällen ordnat hälsodagar i Tensta centrum och haft öppet hus på Tensta vårdcentral. Projektledaren och projektplaneraren berättar i intervjun att de fått positiv respons på dessa insatser och att hälsodagarna har varit välbesökta, och framstår som populära inslag i Tenstabornas dagliga liv. Under hälsodagarna har man erbjudit uträkning av BMI, enkel spirometri, blodtrycksmätning och mätning av midjemått. Till personer som visat sig ha riskfaktorer har man erbjudit möjligheter att delta i gratis föreläsningar om hälsa, kontakt med Tensta vårdcentralens distriktssköterska och hälsoinformation i broschyrform (lättläst). Man har också haft föreläsningar om bland annat blodtryck och kost och motion.

Den utåtriktade verksamhet som bedrivs i form av informations-spridning med tryckt material, föreläsningar och andra informationsinsatser uppfattas som viktig, både vad det gäller att få områdets invånare att uppsöka den hälsofrämjande verksamheten på vårdcentralen, och öka invånarnas kunskaper om sambandet mellan levnadsvanor och hälsa. Vårdcentralen har också samarbetat med skolhälsovården i Tensta om barnfetma. Med hjälp av skolsköterskan kunde man skapa en grupp med föräldrar som har barn med fetma. Föräldrarna erbjöds tre kostnadsfria träffar med distriktsläkare, sjuksköterska och kurator för att få stöd och råd, samt möjlighet att ställa frågor om övervikt och hälsa. Ett fortsatt samarbete i projektform är under planering. Man har också under projekttiden upptäckt att flera av områdets invånare har, eller löper risk för, D-vitaminbrist, vilket är ett nyupptäckt folkhälsoproblem i området. De som drabbas kommer främst från

Somalia, och bristen orsakas av att inte tillräckligt mycket dagsljus tränger igenom huden och omvandlas till D-vitamin under årets mörkare del. Behandling till drabbade ges, och man sprider information i området om hur bristen kan förebyggas.

Hallunda vårdcentral

Hallunda vårdcentral är en av de vårdcentraler som avbröt sitt deltagande inom projektet under år 2009. I den redovisning som utgör ett-årsuppföljningen av den verksamhet som utförts inom ramen för avtalet med HSN-f redovisar Hallunda inte separat utan tillsammans med Fittja och Alby vårdcentraler. Att de tre vårdcentralerna skrivit redovisningen tillsammans beror på att de har en bakgrund som samverkansgrupp för Botkyrka upptagningsområde. I redovisningen lyfts särskilt personer (unga kvinnor) med psykisk ohälsa, muskuloskeletala sjukdomar och smärttillstånd, samt personer med diabetesdiagnos fram och målgruppen definieras som kvinnor, unga vuxna och personer med ekonomiskt bistånd. I intervjun med verksamhetsansvarig framstår diabetes som ett prioriterat område för Hallunda vårdcentralens verksamhet inom avtalet.

Den hälsofrämjande verksamhet som utförts inom ramen för avtalet med HSN-f har bestått av hälsosamtal. I intervjun med vårdcentralens verksamhetschef berättar hon att det var dialogen med patienten under patientbesöket som hon lyft fram som viktig, då vårdcentralerna gavs möjlighet att utforma avtalets inriktning. De extra medlen har främst använts till ökad bemanning på distriktssköterskesidan för att bekosta hälsofrämjande insatser i patientmöten, något man inte hade haft ekonomisk möjlighet att göra utan avtalet. Dessa insatser har bestått av att ställa hälsoprofiler, motiverande samtal och att se till att patienten får den hjälp och vård som kan behövas i ett hälsofrämjande perspektiv.

Verksamhetsansvarig menar under intervjun att hennes erfarenhet visar att hälsosamtal i mötet med patienten är den hälsofrämjande insats som ger störst effekt, och därför har man valt att utveckla och lägga mer tid på denna verksamhet. Enligt verksamhetsansvarig har patientnöjdheten med hälsosamtalen varit stor, och hon har dessutom sett effekter på förändrade levnadsvanor, exempelvis att människor börjat motionera och slutat röka. Man fortsatte med hälsosamtalen och behöll den sjukskötersketjänst som finansierades med medel som avtalet dittills genererat, trots att avtalet bröts. Detta berodde på att denna verksamhet prioriterades högt, samt att sjuksköterskan hade en kortare tid kvar fram till pension.

Utåtriktad verksamhet, exempelvis i form av informationsspridning, föreläsningar och samverkan med andra aktörer, har inte i någon större utsträckning genomförts inom ramen för avtalet med HSN-f. Verksamhetschefen berättar att sådan verksamhet förekom-

mer generellt på vårdcentralen, men att erfarenheten visat att den inte ger så stor effekt, exempelvis kommer få personer till olika grupper som man bjudit in till. Att samverka med andra aktörer betraktas inte som något negativt, enligt verksamhetschefen i intervjun, men det saknas tid och ekonomiska medel för detta. Man skulle exempelvis kunna tänka sig en framtida samverkan mellan SFI och kommunen.

Alby vårdcentral

Alby vårdcentral tillhör också en av de tre vårdcentraler som under år 2009 avbröt sin medverkan inom avtalet med HSN-f. Eftersom de skrivit sin ettårsuppföljning tillsammans med Hallunda och Fittja, är lydelsen densamma som hos Hallunda ovan: man lyfter särskilt fram personer (unga kvinnor) med psykisk ohälsa, muskuloskeletal sjukdomar och smärttillstånd, samt personer med diabetesdiagnos. Målgruppen definieras kvinnor, unga vuxna och personer med ekonomiskt bistånd. Som verksamhetschefen i Hallunda, fokuserar även verksamhetschefen för Alby vårdcentral på dialogen mellan vårdgivaren och patienten samt det motiverande samtalet och att det är denna aktivitet man koncentrerat sig på inom ramen för avtalet. Särskilt viktiga områden är diabetes, samt astma och KOL. Genom det motiverande samtalet har man möjlighet att fånga in de drabbade tidigt, innan sjukdomen på allvar bryter ut, och därigenom får det förebyggande arbetet verkliga effekt, menar verksamhetschefen.

Hälsosamtalen är viktiga, men de tar resurser i form av tid och pengar, och därför har man tidigare inte haft möjlighet att utveckla den verksamheten i önskvärd utsträckning. De extra medlen från HSN-f som erhöles genom avtalet gav den möjligheten. Även om de ekonomiska förutsättningarna har blivit sämre genom att man bröt avtalet försöker man fortsätta med hälsosamtalen, även om det är svårt och inte alls kan göras i samma utsträckning. Den här typen av verksamhet är högt prioriterad på vårdcentralen, och verksamhetschefen vill arbeta för att personalen ska öka sina kunskaper om mötet med patienten. Detta ska ske bland annat genom att introducera och utveckla verksamheten genom begreppet *Health literacy*⁶.

Under intervjun berättar verksamhetschefen att det inom området samverkan finns mycket kvar att göra och menar att exempelvis kommunen är en viktig aktör. Kommunen har också hälsofrämjande verksamhet, och det vore önskvärt om vårdcentralen och kommunen kunde samverka istället för att, som hon säger ”köra parallellt”.

⁶ Health literacy är ett begrepp för individers förmåga att förstå och använda hälsoinformation och hälso- och sjukvårdssystem. Begreppet beskrivs mer detaljerat i avsnittet Diskussion.

Över huvud taget återfinns, enligt verksamhetschefen många av de tankar om ett effektivt hälsofrämjande arbete som uttrycks i de riktlinjer och intentioner som formulerats i HSN-f:s avtal, hos Alby vårdcentral men att utrymme att realisera dem saknas. Verksamhetschefen säger i intervjun att hon upplever att de på vårdcentralen har samma mål som HSN-f, men att uppfattningen om vägen dit verkar skilja sig åt.

Hinder och framgångsfaktorer i det hälsofrämjande arbetet

I allt hälsofrämjande arbete förekommer såväl hinder som framgångsfaktorer. Även om arten av hinder och framgångsfaktorer verkar vara universellt lika, skiljer de sig naturligtvis lokalt åt i sin karaktäristika, beroende på hur det samhälle ser ut där det hälsofrämjande arbetet utförs. Nedan följer en beskrivning av de hinder och framgångsfaktorer som de verksamhetsansvariga berättade om i intervjuerna.

Hinder

Det som samtliga intervjuade tar upp som ett hinder är inte oväntat resurser – tid och pengar. Den här typen av aktiviteter är tidskrävande, både så till vida att insatserna i sig ofta är så omfattande att de tar tid att genomföra och genom att i princip all hälsofrämjande verksamhet kräver kontinuitet under ett längre tidsspann för att få effekt. De intervjuade menar att det inte hade varit möjligt att genomföra ett hälsofrämjande arbete av den omfattning som nu gjorts, utan de extra medel som tilldelats genom avtalet med HSN-f. Eftersom avtalet är avgränsat i tid, upplever man att det finns en diskontinuitet i resurstilldelning som kan verka stävande på den långsiktighet som ett effektivt hälsofrämjande arbete kräver⁷.

Flera av de intervjuade talar också om problem relaterade till målgruppernas socioekonomiska status, och främst den låga utbildningsnivån och de stora kunskapsbrister som många av invånarna har, i jämförelse med andra områden med högre socioekonomisk status. Projektplaneraren i Tensta menar att invånarna i jämförelse med många andra områden i Stockholms län ligger efter vad det gäller kunskap om hälsa och livsstilsfrågor, och därför blir arbetet med att höja invånarnas kunskapsnivå tyngre och tar längre tid. Många invånare i dessa områden ser inte sambandet mellan livsstil och hälsa, vilket numera är att betrakta som en grundläggande kunskap som finns i större delen hos befolkningen i övrigt, menar de intervjuade.

Verksamhetschefen för Wasa vårdcentral i Södertälje lyfter också fram detta som ett hinder, och menar att det är svårt att nå de som

⁷ Enligt uppgift från ansvarig avtalshandläggare på HSN-f är uppdraget tidsbegränsat till nuvarande avtalstid och kan förlängas under förutsättning att målen uppfylls.

inte är läs- och skrivkunniga och de med låg utbildningsnivå. Hon säger också att den grupp som kanske är svårast att nå är den yngre befolkningen mellan 16–30 år. De har lämnat skolan och BVC, och är tillräckligt friska för att inte ha kontakt med hälso- och sjukvården, vilket medför att inga tydliga kontaktytor finns för att nå dem.

Några av de verksamhetsansvariga tar upp målgruppernas kultur som ett hinder att nå ut. Inom de så kallade hederskulturer som finns representerade i flera av områdena, förekommer att man ogärna vänder sig utanför familjen med sina problem, och att det anses som acceptabelt att exempelvis ha ont, men inte att vara sjuk. Det medför att det tar lång tid att bygga upp ett förtroende och visa att man kan gå till vårdcentralen, utan att det skadar familjens heder. De intervjuade menar att personalen på vårdcentralen har erfarenhet och kompetens att hantera detta, men skulle behöva mer kunskap om hur för att öka det hälsofrämjande arbetets effektivitet.

Verksamhetschefen för Alby vårdcentral anser att kommunikationen med patienten är en av de viktigaste byggstenarna för en effektiv hälsofrämjande verksamhet, men att det finns svårigheter i att arbeta med människor som är utsatta och som kommer från andra kulturer. Särskilt svårt är det att veta hur man ska nå de särskilt utsatta, och hur man bemöter patienter med vissa problem. Hon säger att man i nuläget kanske inte vågar ställa vissa frågor, exempelvis om våld i hemmet och självmord, eftersom hon inte vet ”var hon ska göra av svaren”, som hon uttrycker det. Hon saknar ett fungerande nätverk runt dessa frågor, och kunskap om till vilken instans och till vilken person hon kan leda patienten så att denna får rätt hjälp. Förut fanns familjecentralen, men den har lagts ned, och nu saknas en sammanhållande organisation kring dessa frågor.

Framgångsfaktorer

De extra medel som tilldelats via avtalet med HSN-f nämndes i avsnittet ovan delvis som ett hinder, med tanke på att pengarna är tidsbegränsade. Till största delen utgör dock medlen självklart en avgörande framgångsfaktor – utan dessa resurser skulle större delen av det hälsofrämjande arbete som vårdcentralerna gjort och fortsätter göra inte vara möjligt. Detta är samtliga intervjuade överens om. Flera av dem menar dessutom att de extra medlen gjort det möjligt att utveckla den hälsofrämjande verksamheten, att komma med nya idéer och problemlösning, som påverkat vårdcentralens hela verksamhet. Att de extra medlen alltså genererat utveckling för andra verksamheter än vad de använts för, är att betrakta som en god effekt.

De intervjuade nämner också personalens kompetens och engagemang som en framgångsfaktor och en av de viktigaste byggstenarna i

det hälsofrämjande arbetet. Också invånarnas intresse för det hälsofrämjande arbetet lyfts fram – intresse skapar motivation och engagemang för frågan, och underlättar arbetet med att sprida information och få invånarna att komma till vårdcentralerna. På Wasa vårdcentral talar den distriktssköterska som är ansvarig för den hälsofrämjande verksamheten båda av invånarnas dominerande hemspråk. Detta har enligt verksamhetsansvarig haft en mycket stor betydelse både för att få människor att söka sig till den hälsofrämjande mottagningen och att kunna genomföra effektiva motiverande samtal med patienterna.

Samverkan

Samverkan mellan olika aktörer utgörs ofta av komplexa processer, där olika värderingar, kulturer, professioner och intressen möts. Att få igång fungerande samverkansstrukturer är ofta tidskrävande och ibland även resurskrävande, men samtidigt kan samverkan om olika frågor och inom olika områden vara vitaliserande och öka effekten av det man vill åstadkomma.

Majoriteten av vårdcentralerna har samverkat med olika aktörer, men i olika hög grad, främst i syfte att nå sina målgrupper. Tensta vårdcentral har bland annat samverkat med skolor och skolhälsovården i området, både för att sprida information, föreläsa och för gemensamma projekt, som exempelvis att förebygga fetma hos barn. Ett flertal av vårdcentralerna har samverkat med skolor, SFI, föreningar och kyrkor, och i vissa fall med kommunen, bland annat med socialtjänsten och kommunernas hälsofrämjande instanser. Alby har samverkat bland annat med kommunens flyktingverksamhet och olika invandrarföreningar i området. Vårby har samverkat med Arbetsförmedlingen för att få deltagare till sin hälsoskola.

Vissa vårdcentraler har i mindre utsträckning ägnat sig åt samverkan. Detta gäller exempelvis Hallunda, där man enligt verksamhetschefen i viss mån samverkat med kommunen i deras hälsofrämjande verksamhet och vid några tillfällen informerat om sin verksamhet på SFI, men annars inte ägnat sig åt utåtriktad verksamhet i skolor eller dylikt. Att Hallunda har lägre samverkansaktivitet än övriga vårdcentraler är inte överraskande, med tanke på att vårdcentralen avbröt sin samverkan i projektet redan under 2009. Det tar tid att utveckla samverkan, och den tiden har inte funnits. Det är möjligt att samverkan med andra aktörer skett i högre utsträckning om Hallunda fortsatt delta i projektet.

I vissa fall har det gjorts försök till samverkan som inte lyckats. Wasa vårdcentral har enligt verksamhetschefen flera gånger försökt få igång samverkan med socialtjänsten i Södertälje, men de har inte visat något intresse. Verksamhetschefen menade i intervjun att det kan bero på att socialtjänsten inte betraktar hälsofrågor som ”sitt

bord”. Wasa kontaktade också området två kyrkor, och medan den ena var positiv till att vårdcentralen skulle komma och informera om verksamheten, var den andra mer negativt inställd, vilket enligt Wasa vårdcentral berodde på att kyrkan såg vårdcentralen som en konkurrerande verksamhet. Dock var kyrkans kvinnogrupp intresserad, och såg till att informationen spreds genom sitt nätverk. Också Tensta har haft vissa problem vad det gäller samverkan, och då gällande områdets föreningar. Några föreningar har inte varit intresserade av att vårdcentralerna besöker dem och informerar om sin verksamhet, i andra fall har det inte gått att kontakta föreningarna eftersom angivna telefonnummer och adresser inte varit korrekta.

Sammanfattningsvis rör samverkan med externa aktörer framför allt informationsspridning om vårdcentralernas verksamhet, utom i ett fåtal fall där man samverkar inom projekt eller inom ett gemensamt område, exempelvis Tensta som håller på att utveckla ett samverkansprojekt om barnfetma med skolhälsovården samt Vårby som samverkar med Arbetsförmedlingen genom hälsoskola för personer som blivit utförsäkrade från socialförsäkringssystemet.

Vad det gäller samverkan med HSN-f för att uppfylla avtalet, menar det stora flertalet att de upplever samarbetet som positivt, bland annat beroende på att avtalshandläggaren är intresserad av och engagerad i arbetet. De intervjuade uppskattar att de fått vara delaktiga i utformningen av riktlinjerna för den hälsofrämjande verksamheten som avtalet reglerar, vilket de också menar har stor inverkan på hur väl målen kommer att uppfyllas.

Samtliga intervjuade verksamhetsansvariga säger att det initialt inte fanns några svårigheter att följa det man uppfattade som avtalets intentioner. Efter den uppföljning som gjordes av HSN-f under projektiden ändrades dock detta, genom att HSN-f ansåg att bland annat Alby och Hallunda vårdcentraler inte följt avtalet och inte uppnått måluppfyllelse. I det skedet beslöt Alby och Hallunda att avbryta sitt deltagande. Båda verksamhetscheferna anger som skäl i intervjuerna att de vid tidpunkten inte haft utrymme i verksamheten för att börja med något ytterligare som dessutom kanske var nytt. Verksamhetschefen för Alby berättar att tidpunkten var dålig, eftersom vårdcentralen under samma period genomgick chefsbyte, anpassning av verksamheten till ekonomiska resursneddragningar och omorganisation. Samtidigt genomfördes även vårdvalsreformen.

Wasa, Vårby och Tensta vårdcentraler har fortsatt att delta i projektet och ingen av de verksamhetsansvariga där, menar att de haft problem med att arbeta enligt avtalets föreskrifter. I alla intervjuer anser de verksamhetsansvariga att de extra medel som avtalet genererat är nödvändiga för att kunna bedriva ett hälsofrämjande arbete

inom primärvården, och många menar att det är positivt att man från HSN-f:s sida visar att denna fråga prioriteras. Vårbys verksamhetschef säger att de extra medlen gör det möjligt att satsa på en hälsofrämjande verksamhet med kvalitet. Hon tycker att denna typ av satsningar är bra, men att de extra medlen ska satsas på något nytt. Visar det sig sedan att satsningen är framgångsrik, bör det finnas ekonomiskt utrymme för att permanenta verksamheten.

Framtidens hälsofrämjande arbete

För all verksamhet som bedrivs med intresse och engagemang finns också visioner för framtiden. Det är tydligt att de verksamhetsansvariga känner stort engagemang för den hälsofrämjande verksamheten, och har därför många idéer och reflektioner som de delade med sig av under intervjuerna.

Hos samtliga intervjuades vision om framtiden, ingår inte oväntat, mer resurser i form av tid och pengar, och att den hälsofrämjande verksamheten ska ligga högt på samhällets prioriteringslista. Men de hade också andra visioner om framtiden, som sinsemellan var delvis olika. Wasas verksamhetsansvarige berättade att hon har en dröm om en samlingslokal för områdets hälsofrämjande verksamhet som "tillhör" alla – både de aktörer som arbetar med frågan och målgruppen. Dit är alla välkomna för att äta hälsosam mat, träffa andra med intresse i frågan, lyssna på föreläsningar, nätverka och delta i olika aktiviteter. Det vore idealiskt om landstinget finansierade en sådan verksamhet och därigenom visade att man satsar på det hälsofrämjande och inte bara tänker vinstdrivande.

Verksamhetsansvarig för Vårby vårdcentral lyfter fram individens eget ansvar och att det är det som primärvården måste arbeta mot. Målet för det hälsofrämjande arbetet är att få individen att inse vikten av att ta eget ansvar för hälsan och livet, att få människor att inse att om de "gör så här så lever de tjugo år längre". Verksamhetsansvarig på Alby vårdcentral bär på en liknande framtidsvision och säger att i framtiden måste vården bli bättre på att överlämna ansvaret och kunskapen till patienten. Patienten ska vara hälsofrämjandets centrum, och vårdgivarna ska verka utifrån var patienten befinner sig, på patientens villkor. Båda dessa verksamhetsansvariga bär ett tydligt empowermentperspektiv i sina tankar om framtiden, där patienten mer än vårdgivaren "äger" frågan.

Flera av de intervjuade uttryckte också en önskan om ökad långsiktighet för det hälsofrämjande. Bland annat säger projektplaneraren på Tensta vårdcentral att deras högsta önskan är att de får fortsätta att utveckla det hälsofrämjande arbetet, att utrymme och tålamodet ska finnas, så att man kan ge arbetet den tid det behöver.

Diskussion

Det finns alltid anledning att under och efter att en insats avslutats, reflektera över valda strategier i relation till de mål som satts upp, och vilka effekter de valda strategierna har gett, eller kan tänkas ge. Är den uppsökande och utåtriktade verksamhet som flera av vårdcentralerna satsat på exempelvis genom hälsodagar och informationsbesök på skolor och hos föreningar effektiva och i så fall på vilket sätt? De ger möjligen en viss effekt vad det gäller att öka antalet besökare till vårdcentralernas hälsofrämjande mottagning, men några av de intervjuade berättar att de exempelvis inte fick så många besökare som de förväntat sig, trots att de satsade resurser på detta.

Forskningen pekar i en riktning som visar att utfallet för denna typ av aktiviteter inte har särskilt stor påverkan på befolkningens hälsa, samtidigt som de kräver resurser. De kan betraktas som generella insatser, vilka främst tycks ha en viss informations- och agendaeffekt särskilt på dem som redan har en hälsomedvetenhet och kanske också i olika stor utsträckning lever hälsofrämjande. I sammanhanget ska man dock betänka att dessa generella insatser utförts i utsatta områden, och att man därför trots allt riktat insatsen mot en population som utgör målgruppen.

De riktade insatser som utförts i form av hälsosamtal och hälsoskola, är de som i intervjuerna framstår ha den största effekten vad gäller förändringar i levnadsvanor. Men för att få människor att komma till ett hälsosamtal eller delta i en hälsoskola, måste man informera om att man finns och om vad man erbjuder. Frågan är dock om inte tid och resurser skulle kunna sparas om vårdcentralerna tog ett mer samlat grepp om informationsdelen genom att utveckla ett gemensamt informationsmaterial och en gemensam strategi för att nå målgrupperna. Detta kan exempelvis göras i samverkan med de kommunikatörer som finns inom SLL.

Att det ibland är svårt att nå och kommunicera med målgrupperna är ett återkommande tema under intervjuerna. Detta är ett generellt problem i samhällen med heterogena grupper och kulturer, och är särskilt komplext när det gäller socioekonomiskt utsatta grupper. Några av de intervjuade menar att det skulle vara utvecklande för verksamheten att få mer kunskap om hur man kommunicerar med

dessa grupper, och en av verksamhetscheferna nämner begreppet *Health literacy*. Begreppet har tidigare introducerats vid ett seminarium som anordnades av HSN-f för de vårdcentraler som ingår i avtalet. Health literacy (HL) är ett begrepp för en persons förmåga att förstå och använda hälsoinformation och utnyttja hälso- och sjukvårdssystem och som utvecklats av bland annat folkhälsoforskaren Don Nutbeam (Nutbeam, 2000). Graden av HL avgör individens förmåga att fatta beslut om den egna hälsan, kunna ge nödvändig information till vårdgivare för rätt vård och följa behandlingsinstruktioner. För att kunna välja en hälsosam livsstil, att veta hur och när man ska söka sjukvård, att kunna ta till sig information och utnyttja olika hälsofrämjande tjänster behöver man ha en viss grad av HL.

Bristande HL manifesterar sig i bristande kunskaper om kropp och hälsa, om sjukdomsorsaker, om hur och när man använder hälso- och sjukvårdssystemet, och man förstår inte relationen mellan livsstilsfaktorer och effekter på hälsan. Forskning visar också att majoriteten med bristande HL består av äldre, etniska minoriteter, personer med låg utbildning och låg inkomst och bristande kunskaper i svenska – det vill säga utsatta grupper.

Detta är mycket likt det som de intervjuade beskriver som den kommunikativa och pedagogiska situationen för vårdcentralerna i det hälsofrämjande arbetet.

Både samhället och den enskilda individen drabbas av de effekter som låg HL medför i form av tyngre och dyrare sjukvård, samt ökad sjukdomsburda för individen. Ytterligare en effekt är att ojämlikheten i hälsa ökar i befolkningen och grupper med högre utbildning och inkomst får allt bättre hälsa, medan grupper med låg inkomst och utbildning får allt sämre.

Där graden av HL ökar syns effekter både på samhälls- och individnivå. På samhällsnivå ser man lägre sjukvårdskostnader, effektivare hälso- och sjukvård, jämlikare hälsa i befolkningen och ur ett demokratiperspektiv, en ökad delaktighet. För individen medför en ökad HL minskad sjukdomsburda, bättre hälsa och livskvalitet, ökad förmåga att fatta beslut om och ta ansvar för den egna hälsan, minskad oro och möjligheter till ökad delaktighet i samhället.

Eftersom kommunikationen med målgruppen togs upp som ett delvis problematiskt område under intervjuerna, kan detta betraktas som ett hinder för det hälsofrämjande arbetet. Samtidigt nämndes personalens kompetens och engagemang för denna verksamhet som en framgångsfaktor. Mot bakgrund av den växande forskning som visar de positiva effekter som höjd HL har både ur samhällsekonomiskt och individuellt perspektiv, kan det vara värt att satsa mer på de kommunikativa aspekterna av det hälsofrämjande arbetet bland utsatta

grupper. Exempelvis målgruppsanpassad kommunikation kan därför vara något att erbjuda vårdcentralernas personal som kompetensutveckling och som ett led i att effektivisera verksamheten. Som nämnts ovan, finns flera tänkbara samarbetspartner att utveckla detta med både på Karolinska Institutet och inom SLL.

Vad det gäller samverkan har den främst skett i form av att vårdcentralerna informerat om sin verksamhet externt, exempelvis i skolor, föreningar, kyrkor och vuxenutbildningen SFI. Det är tveksamt om denna typ av externa informationsinsatser egentligen är att betrakta som samverkan, då samverkan generellt kan anses kräva att de medverkande aktörerna aktivt samarbetar och tillsammans planerar och gör insatser i ett mer eller mindre gemensamt åtagande. En av verksamhetscheferna lyfter den aspekten och menar att det vore önskvärt med ett ökat samarbete med kommunen, som också utför hälsofrämjande arbete, så att de istället för att arbeta parallellt, gör gemensamma insatser.

Av underlaget till denna rapport framstår det som om endast två samverkansprojekt har startats; det ena av Tensta vårdcentral tillsammans med skolhälsovården om barnfetma och det andra av Vårby vårdcentral där man genomfört hälsoskola för utförsäkrade personer i samverkan med Arbetsförmedlingen.

Vårdcentralerna skulle dessutom kunna samverka mer med varandra, exempelvis i arbetet med att nå målgrupperna. Det framstår som att de har likartade problem. Att försöka lösa dem gemensamt kanske skulle generera många innovativa lösningar och utveckla ett område som är känt för sin komplexitet.

Samverkan är ett område som det fokuseras på i avtalen, och denna uppföljning visar att detta fokus delvis kommit något i skymundan och behöver utvecklas mer i framtiden. En lyckad samverkan kan öka effektiviteten, spara resurser i form av tid och dessutom ge synergieffekter på övrig verksamhet. Det är dock viktigt att samverka med tydliga syften, mål och roll- och ansvarsfördelning. Samverkanssatsningar som är mindre lyckade ger motsatt effekt och kan dessutom generera samarbetssvårigheter, som dröjer kvar långt efter att samverkansprojektet avslutats.

Inför framtida hälsofrämjande satsningar kan det alltså vara värdefullt att utveckla områdets samverkan mer än vad som skett inom denna satsning. Att skapa fungerande samverkansstrukturer är dock komplext samt tids- och resurskrävande (Atun et al, 2010). Detta bör därför inte endast åligga vårdcentralerna, utan ansvaret bör delvis finnas på en mer övergripande organisatorisk nivå. Bland annat framstår kommunerna som en nyckelaktör, och samverkan mellan primärvård och kommuner om hälsofrämjande insatser skulle kunna initieras av

HSN-f och även ansvariga landstingspolitiker. Bland annat behöver man kartlägga vilka i kommunerna som är motpart, det vill säga aktuella förvaltningar, enheter och i vissa fall även personer. Det kan också behövas ett politiskt initiativ, och att landstingspolitiker och kommunpolitiker samverkar för att stärka det hälsofrämjande arbetet i utsatta områden. En viktig aspekt att uppmärksamma är att landsting och kommun bör samverka i den meningen att man gemensamt ”äger” frågan, och att ansvar samt mandat inte faller på den ena parten. Tydliga strukturer och direktiv för samverkan med fokus på att öka jämlikheten i hälsa kan effektivisera det hälsofrämjande arbete som görs lokalt och visa att detta är en prioriterad intersektoriell samsällsangelägenhet.

Att implementera tar tid. Att påverka tunga strukturella faktorer som befolkningens hälsa och en ojämlig hälsa tar tid. Att finna former för ett effektivt hälsofrämjande arbete tar tid. Enligt rådande forskning är fyra år den kortaste tidsrymd det tar innan man kan förvänta sig att en viss satsning har implementerats, under förutsättning att implementeringen skett kontinuerligt och har fått de resurser som krävs i form av tid, ekonomiska medel och kompetens (Fixsen, 2005; Fraser, 2009). Generellt tar det minst sju år innan effekter på befolkningens hälsa börjar visa sig. Dock krävs kontinuerlig uppföljning av en implementeringsprocess, och inte endast effektutvärderingar i slutet av en insats, för att styra utvecklingen. I vissa fall kan det vara behövligt att avsluta en verksamhet, då den inte visat sig vara effektiv. I andra fall är det i olika grad negativt att avsluta verksamheter som efter implementeringstiden mycket väl kunnat fortsätta att fungera, utvecklas vidare och vara effektiva. Denna uppföljningsstudie visar på både framgångsfaktorer och hinder för vårdcentralernas hälsofrämjande verksamhet, och lyfter fram ett antal områden som behöver åtgärdas. Med utgångspunkt i bland annat denna studie och de åtgärdsförslag som presenterats ovan, och som sammanfattas i det avslutande avsnittet nedan är nu nästa steg för HSN-f och vårdcentralerna att planera den fortsatta verksamheten.

Slutsatser och rekommendationer

Det arbete som vårdcentralerna utfört inom ramen för avtalet med HSN-f har präglats av engagemang, intresse och kompetens. Flera olika strategier har använts, och satsningen har medfört att inte bara vårdcentralerna haft möjlighet att arbeta mer hälsofrämjande utan den har också utvecklat hela verksamheten. Några insatser har varit mindre lyckade, som exempelvis promenadslinga och hälsofrämjande insatser för grupper, men misslyckanden är oundvikliga och även viktiga delar av en utvecklingsprocess. Det är tydligt att vårdcentralerna lärt av både dåliga och goda erfarenheter, och kontinuerligt utvecklat arbetet inom projektet.

För att vidareutveckla och öka effektiviteten i vårdcentralernas hälsofrämjande verksamhet samt främja vidmakthållandeprocessen visar denna uppföljning på ett antal områden med fokus på samverkans- och kommunikationsstrategier, som behöver stärkas i det fortsatta arbetet. Mot bakgrund av vad som redovisats ovan i avsnittet Diskussion rekommenderas därför att den hälsofrämjande verksamhet som initierats genom avtalen med HSN-f fortsätter, enligt följande:

- Utveckling av samverkansstrukturer, som åtminstone initialt planläggs i samråd med vårdcentralerna på en mer övergripande organisatorisk nivå inom SLL, exempelvis HSN-f.
- Ökad samverkan med externa aktörer, kanske främst med kommunen, för att undvika att flera aktörer inom samma geografiska område gör liknande insatser.
- Ökad samverkan mellan vårdcentralerna gällande kommunikationsstrategier för att nå och påverka utsatta grupper, eventuellt i samarbete med resurspersoner inom SLL.
- Vidareutbildning/kompetensutveckling av vårdcentralernas personal inom området health literacy och kommunikation med personer från andra kulturer och samhällsförhållanden än den svenska.

Att det är angeläget att förbättra möjligheterna för utsatta grupper i samhället att få en bättre hälsa torde det inte råda några tvivel om. Hur detta ska göras är dock avsevärt komplext och fortfarande ett område vi vet alltför lite om. Ur ett utvecklingsperspektiv är det därför viktigt att denna typ av satsningar görs och följs upp. Dessutom är utvecklingspotentialen för den hälsofrämjande process som initierats av HSN-f god, och det är att betrakta som ett värdefullt steg mot en jämlikare hälsa att fortsätta med denna typ av satsningar.

Referenser

- Atun, R; de Jongh, T; Secci, F; Ohiri, & Adeyi, O. (2010). *Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis*. I: Health Policy and Planning 2010 25(2): 104–111.
- Blomquist, H. and Bergström, E. (2007). Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level. *Acta Paediatrica*, 96: 113–116.
- Fixsen, D. L; Naoom, S. F; Blase, K. A; Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Folkhälsopolitik Stockholms län 2008*. Stockholms läns landsting.
- Folkhälsorapport 2007*. Stockholms läns landsting.
- Fraser, M; Galinsky, M.J; Richman, J.M. & Day, S.H. (2009). *Intervention Research: Developing Social Programs*. Oxford University Press.
- Handling för hälsa: handlingsplan för landstingets folkhälsopolitik 2008–2010*. Stockholms läns landsting.
- Hälsoinformation till utsatta grupper bland utrikes födda – aktuellt utvecklingsarbete*. (2010). Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2006). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- Magnusson MB, Kjellgren KI, Hulthén L (2005). Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. In: *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2005 (18) 187-194
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. I: Health Promot. Int. (2000) 15 (3): 259–267.

Bilaga 1

Generellt avtal med vårdcentralerna

Mellan

- 1 Stockholms läns landsting, organisationsnummer 232100-0016, genom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning ("Beställaren") och
- 2 [**] organisationsnummer [**] ("Vårdgivaren"), har (datum) slutits följande

Avtal om hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser

§ 1 Avtalets omfattning och giltighetstid

I detta avtal regleras Vårdgivarens bedrivande av hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser ("Verksamheten")

Avtalet gäller (datum)–(datum) För det fall Avtalet inte sagts upp skriftligen senast (datum), förlängs det att gälla tills vidare med tre månaders uppsägningstid.

§ 2 Avtalsinnehåll

Villkoren för Vårdgivarens bedrivande av Verksamheten framgår av detta avtal.

Avtalet består av nedan uppräknade dokument och om det förekommer motstridiga villkor i dem skall dokumenten tolkas i följande ordning:

- 1 Detta avtal
- 2 Uppdragsbeskrivning och uppföljningsplan, bilaga (1)

§ 3 Ändrade ägarförhållanden (*)

Väsentliga förändringar avseende ägarförhållandena hos Vårdgivaren eller hos Vårdgivarens eventuella moderbolag, skall utan dröjsmål skriftligen anmälas till Beställaren. På begäran av Beställaren skall Vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om Vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla Avtalet. Beställaren skall därefter pröva om Avtalet skall fortsätta att gälla eller om Avtalet skall sägas upp jämlikt § 4 (f) nedan. Beställaren skall skriftligen meddela Vårdgivaren om sitt beslut avseende Avtalets fortsätta giltighet.

§ 4 Förtida upphörande

Båda parter har rätt att säga upp Avtalet till omedelbart upphörande om:

- a den andra parten i väsentligt avseende åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet; eller
- b den andra parten åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet och inte inom 30 dagar vidtar rättelse efter skriftlig anmaning från den första parten.

Vidare har Beställaren rätt att säga upp Avtalet till omedelbart upphörande om:

- c Vårdgivaren kommit på obestånd, inställt sina betalningar, inlett ackordsförhandlingar, trätt i likvidation eller om fara för obestånd föreligger; (*)
- d Vårdgivaren eller någon i dess ledning, enligt den tillsynsmyndighet som granskar Vårdgivaren, har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen eller har dömts för brott avseende yrkesutövning;
- e Vårdgivaren vid upprepade tillfällen inte fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatter och inte vidtagit rättelse inom 30 dagar från skriftligt påpekande från Beställaren; eller
- f Ägarförhållandena hos Vårdgivaren eller hos dess moderbolag väsentligen förändrats och detta inte skriftligen har godkänts av Beställaren enligt § 3 ovan. (*)

Om Avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot Avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Uppsägning skall alltid ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

§ 5 Force majeure

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt Avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen ("Befrielsegrund").

Part som påkallar Befrielsegrund enligt stycket ovan skall utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part skall vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av

Befrielsegrund. Part skall återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall Befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp Avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

§ 6 Kontaktpersoner

Parterna skall utse var sin kontaktperson med ansvar för Avtalet. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, skall detta skriftligen meddelas den andra parten.

§ 7 Meddelanden

Meddelanden i anledning av Avtalet skall skickas till respektive parts kontaktperson med post, epost eller telefax. Meddelandet anses ha kommit till mottagaren tre arbetsdagar efter det att meddelandet skickats.

§ 8 Överlåtelse

Ingen av parterna äger rätt att överlåta eller pantsätta Avtalet eller någon rättighet eller skyldighet enligt Avtalet utan den andra partens skriftliga samtycke.

§ 9 Tillämplig lag och tvister

Avtalet skall tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt.

Twist i anledning av Avtalet skall avgöras av allmän domstol med Stockholms tingsrätt som första instans. (*)

§ 10 Miljö

Vårdgivaren skall i sin produktion av tjänster som är en följd av detta avtal verka dels för att minska den skadliga miljöpåverkan, dels för att SLL:s vid varje tidpunkt gällande miljömål uppnås.

Vårdgivaren skall samverka med SLL i miljöfrågor och vid uppföljning redovisa hur Vårdgivaren arbetar för att uppfylla SLL:s miljömål samt om Vårdgivarens verksamhet är miljöcertifierad eller ej.

§ 11 Särskilda bestämmelser

11.1 Tillägg till § 4

§ 4 tillföres följande bestämmelse

g Beställaren återkallar auktoriseringen för xxxxx husläkarmottagning enligt Regelboken 1 kap. 5 p.

11.2 Allmänna villkor

Regelbokens allmänna villkor gäller.

11.3 Ersättningsvillkor

Beställaren ersätter Vårdgivaren för helår med xxxxxxx kr.

Vårdgivaren fakturerar beställaren månadsvis i efterskott med en tolfedel av årsbeloppet från verksamhetsstart. Eventuell prisjustering sker efter beslut av Beställaren.

§ 12 Omförhandling

Parterna förbehåller sig rätten att uppta förhandling om villkoren i detta avtal, om väsentliga förändringar i förutsättningarna sker under avtalsperioden, eller om villkoren i detta Avtal inte har blivit uppfyllda.

Omförhandling skall inledas inom tre månader efter framställan därom. Påkallande av omförhandling befriar inte part från skyldighet att fullgöra sina förpliktelser enligt detta Avtal intill dess nytt avtal har slutits.

Omförhandling kan påkallas av Beställaren om Avtalets omfattning och inriktning till följd av planering av större förändringar i vårdens struktur.

§ 13 Övrigt

Tillägg och ändringar i detta avtal skall för att gälla vara skriftliga och undertecknade av behöriga företrädare för båda parter.

Vårdgivaren skall utföra tjänster enligt Avtalet som en självständig aktör och äger inte rätt att företräda Beställaren utöver vad som framgår av Avtalet.

Att part inte vid ett eller flera tillfällen gjort gällande rättighet enligt Avtalet eller påtalat förhållande som är hänförligt till Avtalet, förtar inte denna parts möjlighet att göra gällande rättighet eller påtala förhållande vid ett senare tillfälle. Denna möjlighet är inte tillämplig beträffande Vårdgivarens möjligheter att fakturera, som är begränsade i tiden och framgår av Ersättningsvillkor.

Om någon bestämmelse i Avtalet skulle vara ogiltig innebär det inte att Avtalet i sin helhet skall anses ogiltigt. Om sådan ogiltighet väsentligt påverkar någon av parterna äger denna part rätt till skälig jämkning av Avtalet.

Avtalet har upprättats i två likalydande exemplar
av vilka parterna tagit var sitt.

Stockholm /

Stockholm /

Stockholms läns landsting
Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning

*Behörig avtalstecknare enligt
delegationsordning*

Behörig firmatecknare

Bilaga 2

Uppdrag och uppföljningsplan för Carema Wasa Vårdcentral

Stockholms läns landsting	Uppdragsbeskrivning och uppföljningsplan för	Carema Wasa Vårdcentral
Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning	Hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser	
Avdelningen för Närsjukvård	2010-03-01 – 2011-12-31	

1 Uppdragsbeskrivning

1.1 Mål

Insatsernas mål är **att**

- med särskilda, riktade hälsofrämjande insatser nå socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län.
- personer i ovanstående grupper som har behov av vård kommer i åtnjutande av denna.
- bidra till ökad medvetenhet om sambanden mellan hälsa och levnadsvanor
- skapa en hälsodialog för att öka kunskapen och medvetenheten om hälsofrågor, i syfte att öka förutsättningarna för ett ökat välbefinnande.
- Att upptäcka/spåra upp riskbeteende/riskfaktorer i nedanstående målgrupper och till dessa erbjuda hälsoinsatser. Att via dessa insatser påverka målgruppen till ett friskare liv.
- Att undersöka vilka behov av hälsofrämjande insatser som finns i bostadsområdet.

1.2 Målgrupp

Målgruppen utgörs av människor som befinner sig i en socialt och ekonomiskt utsatt situation i samhället.

Barn, yngre och medelålders människor/familjer boende i Ronna och Geneta bostadsområden med riskfaktorer i form av övervikt, rökning, låg/otillräcklig fysisk aktivitet och dåliga matvanor.

1.3 Uppdrag

Insatserna ska präglas av helhetssyn på målgruppen ur fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt hänseende.

Vårdgivaren ska använda evidensbaserade och andra kunskapsbaserade metoder.

Med vårdgivare menas den befattningshavare som ska utföra uppdraget.

Vårdgivaren ska bygga vidare på den kartläggning som utförts av **de resurser som finns för målgruppen i närområdet**. Fortsätta de vid kartläggningen upprättade kontakterna med verksamheterna för fortsatt samarbete och nätverksbyggande. Nätverk med olika huvudmän/aktörer ska byggas med syfte att underlätta målgruppens kontakter med dessa. Nätverk mellan vårdcentralen och olika huvudmän/aktörer ska byggas med samma syfte.

Exempel på aktörer som kan vara tänkbara för nätverksbyggande – kommunen och dess olika verksamheter ex. socialtjänsten, skolskoterskor, Sfi och andra vuxenskolor, ungdomsverksamheter. Kvinnohus, föreningar.

Vårdgivaren ska bygga vidare på den utifrån kartläggningen framtagna **lokala behovsanalysen** för området och **de mål som satts i projektplanen**.

Lokala mål enligt projektplan

- Att erbjuda målgrupperna förebyggande hälsoinsatser på individnivå och på sikt i form av grupputbildning.
- Att utveckla metodik för förebyggande hälsoarbete på vårdcentral i bostadsområden med högt socioekonomiskt index.

Mätningar före, under och efter insatsen ska utföras.

Vårdgivaren ska bedriva uppsökande verksamhet i området i samverkan med berörda andra vårdgivare/huvudmän och tillsammans utforma de aktiviteter som målgruppen kan vara betjänt av.

Exempel på aktiviteter Information om vårdutbudet i lokalsamhället och annan hälsoinformation som utformas i samarbete med målgruppen. Information kan exempelvis ske vid möten hos olika frivilligorganisationer och föreningar. Igångsättande av självhjälpsgrupper. Hänvisa och lotsa till vårdcentralens gruppverksamheter ex. överviktsgrupper, tobaksavvänjning, hypertoni, diabetes, astma-KOL grupper. Hänvisa och lotsa till andra delar av hälso- och sjukvården (ex. BUP, psyk, Ungdomsmottagning) och andra huvudmäns verksamheter ex. socialtjänst.

Vårdgivaren ska samverka med andra husläkarmottagningar med samma uppdrag och andra vård- och omsorgsgivare som möter målgruppen.

Exempel Hälsoinformation på olika språk kan tas fram gemensamt och personal med särskild språk-, kulturkompetens ge insatser hos vårdgivare med samma uppdrag i hela länet.

Vårdgivaren ska särskilt beakta bemötandet men även på andra sätt öka målgruppens tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren ska verka för ökad tillgänglighet för målgruppen, inte enbart till den egna verksamheten utan till övrig hälso- och sjukvård som den enskilde bedöms behöva.

Vårdgivaren ska vara kunskapsförmedlare om målgruppens behov i vårdcentralens verksamhet och till andra berörda vårdgivare/huvudmän i närområdet om målgruppens behov av hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren ska samverka med CEFAM, Transkulturellt centrum och KFA. Samverkan ska bl. a innebära att delta i utbildningar eller på annat sätt ta del av den kunskap som finns kring målgruppen och dess behov.

1.4 Lämpliga professioner för uppdraget.

Distriktssköterska, Hälso-utvecklare, Hälso-pedagog, Folkhälsovetare

2 Uppföljningsplan

Vårdgivaren skall skriftligen rapportera till Beställaren enligt följande plan.

Vårdgivaren skall senast 2011-01-31 redovisa nio månaders verksamhet 2010-03-01–2010-12-31 och senast 2012-01-31 redovisa perioden 2011-01-01–2011-12-31

- måluppfyllelse
- samverkan kring målgruppen med kommunala verksamheter i området
- det uppsökande arbetet
- hur målgruppens behov implementerats i verksamheten
- Antal besök, antal deltagare i grupper, antal besök till föreningar
- Identifiering av riskfaktorer

Bilaga 3

Uppdrag och uppföljningsplan för Vårby Vårdcentral

Stockholms läns landsting	Uppdragsbeskrivning och uppföljningsplan för	Vårby Vårdcentral
Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning	Hälsöfrämjande befolkningsinriktade insatser	
Avdelningen för Närsjukvård	2008-07-01 – 2011-12-31	

1 Uppdragsbeskrivning

1.1 Mål

Insatsernas mål är **att**

- med särskilda, riktade hälsöfrämjande insatser nå socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län.
- personer i ovanstående grupper som har behov av vård kommer i åtnjutande av denna.
- bidra till ökad medvetenhet om sambanden mellan hälsa och levnadsvanor
- skapa en hälsodialog för att öka kunskapen och medvetenheten om hälsofrågor, i syfte att öka förutsättningarna för ett ökat välbefinnande.

1.2 Målgrupp

Målgruppen utgörs av människor som befinner sig i en socialt och ekonomiskt utsatt situation i samhället.

De har ofta ökad risk för att utveckla ogynnsamma levnadsvanor och ofta sämre förutsättningar för att ändra dessa levnadsvanor. (se Rapport 2007:5 Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län)

Särskilt fokus ska läggas på kvinnor, unga vuxna och personer som är mottagare av ekonomiskt bistånd samt människor med komplexa problem.

1.3 Uppdrag

Insatserna ska präglas av helhetssyn på målgruppen ur fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt hänseende.

Vårdgivaren ska använda evidensbaserade och andra kunskapsbaserade metoder

Med vårdgivare menas den befattningshavare som ska utföra uppdraget.

Vårdgivaren ska kartlägga **de resurser som finns för målgruppen i närområdet**. Vid kartläggningen upprätta kontakter med verksamheterna för fortsatt samarbete och nätverksbyggande. Nätverk med olika huvudmän/aktörer ska byggas med syfte att underlätta målgruppens kontakter med dessa. Nätverk mellan vårdcentralen och olika huvudmän/aktörer ska byggas med samma syfte.

Exempel på aktörer som kan vara tänkbara för nätverksbyggande – kommunen och dess olika verksamheter ex. socialtjänsten, skolskoterskor, Sfi och andra vuxenskolor, ungdomsverksamheter. Kvinnohus, föreningar.

Vårdgivaren ska utifrån kartläggningen ta fram en **lokal behovsanalys** för området och **utifrån den prioritera och sätta mål för insatserna**. Målen ska vara mätbara.

Behovsanalysen bör utformas tillsammans med målgruppen/representanter för denna och representanter för övriga aktörer i området.

Vårdgivaren ska bedriva uppsökande verksamhet i området i samverkan med berörda andra vårdgivare/huvudmän och tillsammans utforma de aktiviteter som målgruppen kan vara betjänt av.

Exempel på aktiviteter Information om vårdutbudet i lokalsamhället och annan hälsoinformation som utformas i samarbete med målgruppen. Information kan exempelvis ske vid möten hos olika frivilligorganisationer och föreningar. Igångsättande av självhjälpsgrupper. Hänvisa och lotsa till vårdcentralens gruppverksamheter ex. överviktsgrupper, tobaksavvänjning, hypertoni, diabetes, astma-KOL grupper. Hänvisa och lotsa till andra delar av hälso- och sjukvården (ex. BUP, psyk, Ungdomsmottagning) och andra huvudmäns verksamheter ex. socialtjänst

Vårdgivaren ska samverka med andra husläkarmottagningar med samma uppdrag och andra vård- och omsorgsgivare som möter målgruppen.

Exempel Hälsoinformation på olika språk kan tas fram gemensamt och personal med särskild språk-, kulturkompetens ge insatser hos vårdgivare med samma uppdrag i hela länet.

Vårdgivaren ska särskilt beakta bemötandet men även på andra sätt öka målgruppens tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren ska verka för ökad tillgänglighet för målgruppen, inte enbart till den egna verksamheten utan till övrig hälso- och sjukvård som den enskilde bedöms behöva.

Vårdgivaren ska vara kunskapsförmedlare om målgruppens behov i vårdcentralens verksamhet och till andra berörda vårdgivare/huvudmän i närområdet om målgruppens behov av hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren ska samverka med CEFAM, Transkulturellt centrum och Centrum för Folkhälsa. Samverkan ska bl. a innebära att delta i utbildningar eller på annat sätt ta del av den kunskap som finns kring målgruppen och dess behov.

1.4 Lämpliga professioner för uppdraget.

Distriktssköterska, Hälsoutvecklare, Hälsopedagog, Folkhälsovetare

2 Uppföljningsplan

Vårdgivaren skall skriftligen rapportera till Beställaren enligt följande plan.

2.1 Vårdgivaren skall efter tre månader från verksamhetens början redovisa

- kartläggningen av resurserna i området.

2.2 Vårdgivaren skall efter fem månader från verksamhetens början redovisa

- den lokala behovsanalysen
- prioriteringar och mål för verksamheten

2.3 Vårdgivaren skall efter tolv månader från verksamhetens början redovisa

- måluppfyllelse
- samverkan kring målgruppen med socialtjänsten i området
- det uppsökande arbetet
- samverkan med andra med samma uppdrag och vad det lett till
- hur målgruppens behov implementerats i verksamheten

Bilaga 4

Uppdrag och uppföljningsplan för Tensta Vårdcentral

Stockholms läns landsting	Uppdragsbeskrivning och uppföljningsplan för	Tensta Vårdcentral
Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning	Hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser	
Avdelningen för Närsjukvård	2008-07-01–2011-12-31	

1 Uppdragsbeskrivning

1.1 Mål

Insatsernas mål är **att**

- med särskilda, riktade hälsofrämjande insatser nå socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län.
- personer i nedanstående grupper som har behov av vård kommer i åtnjutande av denna.
- bidra till ökad medvetenhet om sambanden mellan hälsa och levnadsvanor
- skapa en hälsodialog för att öka kunskapen och medvetenheten om hälsofrågor, i syfte att öka förutsättningarna för ett ökat välbefinnande.
- Att upptäcka/spåra upp riskbeteende/riskfaktorer i nedanstående målgrupper och till dessa erbjuda hälsoinsatser. Att via dessa insatser påverka målgruppen till ett friskare liv.

1.2 Målgrupp

Målgruppen utgörs av människor som befinner sig i en socialt och ekonomiskt utsatt situation i samhället.

Barn, yngre och medelålders människor/familjer boende i Tensta och Järva bostadsområden med riskfaktorer i form av övervikt, rökning, låg/otillräcklig fysisk aktivitet och dåliga matvanor.

1.3 Uppdrag

Insatserna ska präglas av helhetssyn på målgruppen ur fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt hänseende.

Vårdgivaren ska använda evidensbaserade och andra kunskapsbaserade metoder.

Med vårdgivare menas den befattningshavare som ska utföra uppdraget.

Vårdgivaren ska kartlägga **de resurser som finns för målgruppen i närområdet**. Vid kartläggningen upprätta kontakter med verksamheterna för fortsatt samarbete och nätverksbyggande. Nätverk med olika huvudmän/aktörer ska byggas med syfte att underlätta målgruppens kontakter med dessa. Nätverk mellan vårdcentralen och olika huvudmän/aktörer ska byggas med samma syfte.

Exempel på aktörer som kan vara tänkbara för nätverksbyggande – kommunen och dess olika verksamheter ex. socialtjänsten, skolskoterskor, Sfi och andra vuxenskolor, ungdomsverksamheter. Kvinnohus, föreningar.

Vårdgivaren ska utifrån kartläggningen ta fram en **lokal behovsanlys** för området och **utifrån den prioritera och sätta mål för insatserna**. Målen ska vara mätbara.

Behovsanalysen bör utformas tillsammans med målgruppen/representanter för denna och representanter för övriga aktörer i området.

Vårdgivaren ska bedriva uppsökande verksamhet i området i samverkan med berörda andra vårdgivare/huvudmän och tillsammans utforma de aktiviteter som målgruppen kan vara betjänt av.

Exempel på aktiviteter Information om vårdutbudet i lokalsamhället och annan hälsoinformation som utformas i samarbete med målgruppen. Information kan exempelvis ske vid möten hos olika frivilligorganisationer och föreningar. Igångsättande av självhjälpsgrupper. Hänvisa och lotsa till vårdcentralens gruppverksamheter ex. överviktsgrupper, tobaksavvänjning, hypertoni, diabetes, astma-KOL grupper. Hänvisa och lotsa till andra delar av hälso- och sjukvården (ex. BUP, psyk, Ungdomsmottagning) och andra huvudmäns verksamheter ex. socialtjänst.

Vårdgivaren ska samverka med andra husläkarmottagningar med samma uppdrag och andra vård- och omsorgsgivare som möter målgruppen.

Exempel Hälsoinformation på olika språk kan tas fram gemensamt och personal med särskild språk-, kulturkompetens ge insatser hos vårdgivare med samma uppdrag i hela länet.

Vårdgivaren ska särskilt beakta bemötandet men även på andra sätt öka målgruppens tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren ska verka för ökad tillgänglighet för målgruppen, inte enbart till den egna verksamheten utan till övrig hälso- och sjukvård som den enskilde bedöms behöva.

Vårdgivaren ska vara kunskapsförmedlare om målgruppens behov i vårdcentralens verksamhet och till andra berörda vårdgivare/huvudmän i närområdet om målgruppens behov av hälso- och sjukvård.

Kontakt och information genom intresseföreningar och invandrarföreningar i området. Kontakter via kommunala/sociala verksamheter i området. Kontakt genom skolor (grundskola, gymnasium, Sfi, vuxenskolor etc).

Identifiering av barn/familjer/individer via ovanstående verksamheter och vårdcentralen/BVC.

Utbildning till de lokala föreningarna när det gäller Livsstil och fetma, livsstil och diabetes, kostens och motionens gynnsamma effekter på hälsan, rökningens skadeverkningar, ev. hjärt- och lungräddning.

Hälsöförebyggande samtal till individer och familjer som har identifierats med riskfaktorer.

Stöd till BVC och den team och gruppverksamhet som redan finns på vårdcentralen.

Vårdgivaren ska samverka med CEFAM, Transkulturellt centrum och Centrum för Folkhälsa. Samverkan ska bl. a innebära att delta i utbildningar eller på annat sätt ta del av den kunskap som finns kring målgruppen och dess behov.

1.4 Lämpliga professioner för uppdraget.

Distriktssköterska, Hälso-utvecklare, Hälso-pedagog, Folkhälsovetare

2 Uppföljningsplan

Vårdgivaren skall skriftligen rapportera till Beställaren enligt följande plan.

2.1 Vårdgivaren skall efter tre månader från verksamhetens början redovisa

- kartläggningen av resurserna i området.

2.2 Vårdgivaren skall efter fem månader från verksamhetens början redovisa

- den lokala behovsanalysen
- prioriteringar och mål för verksamheten

2.3 Vårdgivaren skall efter tolv månader från verksamhetens början redovisa

- måluppfyllelse

- samverkan kring målgruppen med kommunala verksamheter i området
- det uppsökande arbetet
- samverkan med andra med samma uppdrag och vad det lett till
- hur målgruppens behov implementerats i verksamheten
- Antal besök, antal deltagare i grupper, antal besök till föreningar.
- Identifiering av riskfaktorer.



Beställning av rapporten:
informationsmaterial.lsf@sll.se
Tfn 08-123 132 99

Stockholms läns landsting
HSN-förvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00 vx

 **Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING