

# Lärandeprocesser och kunskapsutveckling för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård genom HFS-nätverket

Mats Hellstrand, Sofia Dahlin

Mats Hellstrand, MPH, socionom, HFS sekretariat, Region Västmanland, Kompetenscentrum för hälsa, Västerås. E-post: mats.hellstrand@regionvastmanland.se.  
Sofia Dahlin, ST-läkare i Socialmedicin, Nationell koordinator för HFS nätverket, HFS sekretariat, Region Östergötland, Centrum för verksamhetsstöd och utveckling. E-post: sofia.dahlin@regionostergotland.se.

Det svenska nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård, HFS, startade 1996 och omfattar sedan 2016 alla regioner och landsting i Sverige. Nätverkets verksamhetsidé är att gemensamt driva utvecklingen av en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård för patienter, medarbetare och befolkning. Nätverket arbetar genom att sprida kunskap, ge inspiration och påverka andra aktörer. Redskapen är erfarenhetsutbyte, lärande och kunskapsutveckling. Formerna har utvecklats i interaktion mellan medlemmarna och har bestått av utvecklingsarbete i temagrupper, kollegialt lärande och årliga självutvärderingar. Genom temagrupperna är HFS ett stort nätverk av flera mindre nätverk som skapar mötesplatser och strukturer för lärandeprocesser och inspiration för utvecklingsarbete för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Utvärderingar av bland annat styr- och ledningsdokument talar för att det lärande som skapats utifrån HFS-nätverket har bidragit till en förstärkt hälsoinriktning av hälso- och sjukvården. Arbetsformer för lärande behöver även fortsättningsvis omprövas utifrån nya erfarenheter och behov.

The Swedish network of Health Promoting Hospitals and Health Services was established in 1996 and since 2016 all regions and counties in Sweden are included. The mission for the network is to, in partnership, work for an equal and health promoting health care for patients, employees and the population. The network acts through sharing knowledge, generating inspiration and developing influence through collaboration. Tools are sharing experiences, learning and knowledge creation. Methods, developed by interaction between member organizations, are collaboration in task forces, learning by colleagues and annual self-assessments. Through the task forces the Swedish HPH Network functions as a network of networks, evolving arenas and structures for learning processes and inspiration in developing a more equal and health promoting health care. Evaluations of documented management processes in health care organizations indicate that learning processes generated through the Swedish HPH network have contributed to enhancing health orientation within health care. Methods for learning processes needs continuous design and redesign evolving from experiences and conditions.

## Inledning

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård innebär en mer proaktiv hälso- och sjukvård med tydlig orientering mot hälsa och hälsoresultat, vilket beskrivs i inledningskapitlet till detta temanummer. Denna orientering är nödvändig för att hälso- och sjukvården ska kunna bidra till bästa möjliga hälsa hos patient och befolkning. Även om en hälsoorientering kan tyckas intuitiv för hälso- och sjukvården så innebär den på många sätt en stor förändring av både synsätt och arbetssätt. En sådan förändring kräver ett lärande för att bli verkningsfull.

*“... organizations where people continually expand their capacities to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning how to learn together.”<sup>1</sup>*

Detta är Peter Seneges beskrivning av vad en lärande organisation är. HFS-nätverkets ambition är just detta, att vara ett lärande nätverk. Erfarenhetsutbyte, lärande och kunskapsutveckling har stått i fokus för HFS-nätverket sedan starten år 1996. Formerna har utvecklats under dessa tjugo år och successivt fått en tydligare struktur. Det har bidragit till en utveckling av nätverkets arbete, från att vara en grupp engagerade eldsjälar till ett brett nätverk med ett alltmer systematiskt utvecklingsarbete för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sedan 2016 består nätverket av landets alla regioner och landsting.

Denna artikel avser att beskriva hur man genom nätverksformen kan skapa detta erfarenhetsutbyte, dessa inspirerande lärandeprocesser och denna kunskapsutveckling, med syfte att ge en inblick i nätverkets funktion i ett vardagsnära verksamhetsperspektiv där man lär av varandra. Drivande kraft i nätverkets praktik är kunskap, inspiration och påverkan. Detta lärande måste ske på flera nivåer<sup>2</sup>.

I takt med att medlemsorganisationerna har ändrat karaktär, har också nätverket över tid gjort det. Från att vid starten ha bestått av enskilda sjukhus ändrade nätverket stadgarna efter några år för att erbjuda medlemskap även för landsting. Detta skedde utifrån önskemål från medlemmarna för att även involvera landstingsledningarna och därmed uppdragsgivarna i nätverket. HFS-nätverkets struktur inkluderar alla nivåer i medlemsorganisationerna – från de högsta beslutsfattarna till de professionella som är praktiskt verksamma i mötet med patienter och befolkning och även arbetar i nätverkets temagrupper. Där emellan finns processledare som stödjer och systematiserar arbetet inom respektive medlemsorganisation. Genom detta kan visionen om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård för alla förankras och arbetet drivs i alla delar av medlemsorganisationerna.

En aktiv strategi för lärande i nätverket är också den tydliga kopplingen mellan dessa roller. Nätverket skapar utrymme för de olika nivåerna att mötas och lära tillsammans, exempelvis i samband med nätverkets strategidagar. Nätverket skapar också mötesplatser för personer med samma

uppdrag från olika medlemsorganisationer. I HFS-nätverkets arbete är en viktig del också att samverka med andra nationella aktörer som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, exempelvis genom gemensamma konferenser.

Ur ett implementeringsperspektiv finns tydliga skillnader mellan nätverksformen och linjeorganisationen, skillnader som kan innebära både för- och nackdelar. Genom sin organisering bygger nätverkets metodik på frivillighet och underlättande. Nätverket arbetar inte med styrande eller tvingande insatser<sup>3</sup>. Dock har HFS-nätverket under senare år skapat läroprocesser kring hur man kan utveckla ledning och styrning mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

I en aktuell kvalitativ intervjustudie har styrincitament för hälsofrämjande hälso- och sjukvård utforskats genom samtal med företrädare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården<sup>4</sup>. Samtidigt som ett antal specifika metoder och verktyg lyfts fram, med styrkor och svagheter, är slutsatsen att den viktigaste faktorn för att skapa förändring är en gemensam syn på verksamhetens uppdrag; en verksamhetskultur med gemensam värdegrund. Denna grundsyn återkommer i de lärandeprocesser och den kunskapsutveckling som HFS-nätverket arbetat för att möjliggöra och underlätta.

De mest framträdande formerna för lärande i nätverket är:

1. Nätverkets temagrupper, för fokuserat lärande och erfarenhetsutbyte inom HFS-nätverkets fyra perspektiv.
2. Kollegialt lärande.

3. Årliga självutvärderingar med stöd av HFS indikatorenkät.

Innehåll och struktur i dessa former för lärande har utvecklats över tid och växt fram i möten och dialoger, med omprövningar under arbetets gång. Vägledande har varit att skapa rum och forum för resurspersoner från medlemsorganisationerna (hälso- och sjukvårdsorganisationerna) där kunskap, inspiration och påverkan har stått i fokus. Genom detta genereras mervärden för HFS-nätverkets medlemmar.

### Nätverkets temagrupper

HFS-nätverkets temagrupper bildades för att ge möjlighet och struktur till fördjupat lärande och kunskaps-spridning, med utgångspunkt i olika aspekter av hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Antalet grupper har ökat till elva stycken 2016 med totalt omkring hundra medlemmar. Temagrupperna har kommit att bli mycket viktiga som forum för lärande och erfarenhetsutbyte. Dessa temagrupper är:

- Hälsofrämjande förhållningssätt
- Hälsofrämjande vårdmiljö
- Hälsofrämjande arbetsplats
- Psykisk hälsa
- Sjukdomsförebyggande insatser - levnadsvanor
  - Alkoholprevention
  - Tobaksprevention
  - Matvanor
  - Fysisk aktivitet
- Riktade hälsosamtal
- Hälsofrämjande primärvård
- Uppdrag och uppföljning

Varje temagrupp har en ordförande och samordnare samt ett varierande

antal aktiva deltagare från olika medlemsorganisationer. Tanken är att samla den senaste kunskapen och nya erfarenheter inom det aktuella temao området och via temagrupperna sprida detta ut i nätverket på olika sätt. Temagrupperna tar exempelvis fram olika former av kunskaps- och utbildningsmaterial samt anordnar seminarier. Varje temagrupp har sina egna sidor presenterade på nätverkets webbplats. Här kan vem som helst gå in och läsa om respektive temagruppernas syfte, aktiviteter, dokumentation och historik<sup>5</sup>.

Uppdraget har successivt formaliserats och 2013 fastställdes det i en uppdragsbeskrivning för deltagare i temagrupperna. Där beskrivs att deltagarna i respektive temagrupp är viktiga då deras uppdrag är att sprida kunskap och lärande till HFS-nätverkets medlemsorganisationer<sup>5</sup>. För att temagruppernas arbete ska leda till utveckling för HFS-nätverkets medlemmar bygger rekryteringen på att temagruppernas deltagare är personer som, utöver kompetens och engagemang, har ett uppdrag att delta. Det innebär ett skriftligt mandat från verksamhetsledning eller presidieledamot att man aktivt deltar i temagruppernas arbete och företräder sin medlemsorganisation. Deltagande medlemsorganisationer ska ha kommit långt inom området eller avse att satsa på området. Temagrupperna är i dag grunden för nätverkets utvecklingsarbete och fungerar var och en som en form av delnätverk. Med sin förankring i hemorganisationerna skapar temagrupperna ett kontinuerligt lärande och erfarenhetsutbyte.

Temagrupperna inventerar behov

av stöd och kunskap bland medlemmarna, exempelvis undersöker de vilka verktyg som används och genomför målgruppsanalyser inför temamadagar. De fyra temagrupperna för levnadsvanor (tobak, mat, fysisk aktivitet och alkohol) arbetar alla för att implementera Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder<sup>6</sup>. Arbetet innefattar att sprida erfarenheter och kunskap som kan förväntas stödja implementeringen på nationell, regional och lokal nivå. Det kan handla om samband mellan levnadsvanor och hälsa, goda exempel på målgruppsanpassade utbildningar och verktyg, fungerande implementering eller uppföljning av levnadsvanor.

Temagrupperna arbetar även med ämnesspecifika utvecklingsinsatser. Exempelvis samarbetar temagrupperna för matvanor med Livsmedelsverket kring revideringen av checklistan i ”Sjukhusmåltiden – en viktig del av vården”. Andra aktiviteter innefattar att sammanställa enkätundersökningar kring en rökfri operation och rökfria sjukhusområden, samt att presentera resultat och goda exempel på till exempel LUFT konferens, HFS webbplats och vid olika nätverksträffar. Andra temagrupper har exempelvis utformat en checklista för hälsofrämjande vårdmiljö med underlag från patientintervjuer samt utarbetat förslag till nationella indikatorer för hälsofrämjande hälso- och sjukvård som kan användas för att kvalitets-säkra ledningssystem.

Ett exempel på hur kunskap som genereras i HFS temagrupper sprids i landet, är temagrupperna Hälsofrämjande arbetsplats och dess verktyg för

hälsofrämjande arbetsmiljö. Verktøget har sitt ursprung i det kontinuerliga arbetet med konceptet hälsoinspiratör som Landstinget i Västerbottens län utför inom ramen för Hälsofrämjande arbetsplats, som en viktig del i sitt folkhälsoarbete<sup>7</sup>. På sidan Verktøg på HFS webbplats har temagruppen skapat en utförlig beskrivning av detta koncept<sup>8</sup>. Denna arbetsform har nu utvecklats i flera andra landsting bland annat i Region Västmanland, där rollen som friskvårdsinspiratör har ändrats till att vara hälsoinspiratör genom ett tydligare uppdrag och med bredare perspektiv på hälsobegreppet. Utbildningar för chefer och hälsoinspiratörer, med olika teman kopplade till Hälsofrämjande arbetsplats, har också påbörjats.

### Metodik för kollegialt lärande

*”Hur kan vi skapa strukturerade lärprocesser för hälsofrämjande hälso- och sjukvård?”*

Nätverkets grundidé är att stärka erfarenhetsutbyte och lärande. När frågan om kollegial granskning diskuterades 2008 var den alltså i den meningen inte ny. Skillnaden låg i begreppet ”strukturerade lärprocesser”. Hösten 2008 beslutade HFS-nätverkets presidieutskott att starta ett utvecklingsarbete med inriktning på ”Lärande genom kollegial granskning” för att stärka det hälsoorienterade arbetet både hos deltagande organisationer och samlat i HFS-nätverket.

Metodik för kollegial granskning och kollegialt lärande har provats i andra sammanhang<sup>9</sup>. Redan i ett tidigt skede upplevde dock medlem-

mar i HFS-nätverket ett behov av att utveckla en metod anpassad efter nätverkets egna förutsättningar och syfte. För detta behövdes en manual tas fram, med fokus och avgränsningar för metoden. HFS-nätverket tillsatte också en projektledning med uppdrag att organisera ”dating”, det vill säga hitta likartade organisationer med intresse att samarbeta i kollegialt lärande. Projektledningen hade också en central roll att vägleda i processens olika steg.

Följande processbeskrivning utgjorde sedan ett ramverk för den kollegiala granskningen. Det första viktiga steget i processen var att föra en dialog med intresserade organisationer för att förstå deras intresse och förväntningar på ett deltagande. Likaså behövde dessa organisationer hitta en part med liknande verksamhet och intresse. De parvisa organisationerna utsåg därefter likartade granskningsteam, det vill säga team med jämförbart antal deltagare och med jämförbara funktioner. När detta var på plats träffades de två teamen tillsammans med projektledningen och planerade genomförandet utifrån de moment som metodiken innehåller. Vid detta första möte definierade teamen dokument som de bedömde intressanta att ta del av samt vilken verksamhetsperiod som skulle ingå i den kollegiala granskningen. Nästa moment bestod av att respektive organisation sammanställde sina dokument och sände över till det andra teamet. Därefter studerade respektive granskningsteam den andra organisationens dokument och utifrån dessa formulerade de granskningsfrågor som man önskade föra dialog

utifrån. Vid nästa gemensamma möte gick teamen igenom varandras dokumentation, ställde frågor och fick fördjupad information. Respektive team hade till detta möte sammanställt ett första utkast till granskningsrapport. Detta utkast redovisades, diskuterades och kompletterades. Granskningsrapporterna sammanställdes vid hemkomsten av respektive team och överlämnades sedan till den granskade parten vid ett avslutande möte. Tidsinsatsen per granskande team var vanligen cirka 100 timmar, där större delen av arbetet utfördes av organisationens HFS-processledare.

Även om den struktur som använts för kollegial granskning i HFS-nätverket lämnat utrymme för en diskussion kring roller, förväntningar och tidsinsatser, så startade samarbetet ofta med en fas av osäkerhet. En av processledarna uttryckte detta så här:

*”Min första tanke när det här kom på tal för vår del var: Vad ska det här vara bra för? Vad har dom hittat på nu då? Exakt så tänkte jag. Vadå granska varann?”*

Metoden ”Kollegial granskning” har dock blivit mycket uppskattad enligt de utvärderingar som genomförts och finns nu etablerad i nätverkets ”verktygslåda”. Den används i lokalt organiserat erfarenhetsutbyte, utifrån de behov som uppstår<sup>10,11</sup>. En underlättande faktor för granskningarna har förmodligen varit de personkontakter och relationer som redan fanns uppbyggda mellan HFS-processledare från olika medlemsorganisationer. Genom deltagande i HFS processle-

darmöten och temagrupper var man sedan tidigare bekant med varandra och kunde planera granskningen mer informellt.

### **Årliga självutvärderingar med stöd av HFS indikatorenkät**

För att följa, utveckla och förbättra den hälsofrämjande hälso- och sjukvården är olika mått och indikatorer ett viktigt hjälpmedel. HFS-nätverket började arbeta med uppföljning av området hälsofrämjande hälso- och sjukvård 2002. Utgångspunkten var medlemmarnas önskan att få ett verktyg för ”att se om det blivit bättre”. Indikatorerna togs fram av medlemmarna själva i en gemensam process, och har under åren successivt utvecklats. Under senare år har detta skett med stöd av en temagrupp för indikatorer. Strävan har varit att utveckla indikatorer som belyser hur den hälsofrämjande hälso- och sjukvården utvecklas. Indikatorerna utformades därför för att följa utvecklingen inom de fyra perspektiv som nätverket arbetar inom.

- 1) Patientperspektivet  
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för patienter.
- 2) Medarbetarperspektivet  
Medarbetarnas arbetsmiljö.
- 3) Befolkningsspektivet  
Insatser som förmedlar kunskap och/eller att aktivt delta i folkhälsoarbetet.
- 4) Styr- och ledningsperspektivet  
Uppdrag och ledningsstrukturer.  
Indikatorer kan belysa strukturmått (avsatta resurser i organisationen), processmått (aktiviteter som bedrivs) och resultatmått (utfall i relation till önskvärda mål)<sup>12</sup>.

Indikatorerna som togs fram för HFS-nätverkets uppföljningar var i huvudsak självskattade mått på struktur och process. Däremot innefattade de första indikatorerna inte några resultatmått. Med denna uppsättning av indikatorer startade HFS-nätverket 2003 årliga uppföljningar av nätverkets verksamhet. Sedan 2004 har den årliga uppföljningen genomförts i form av en webbenkät.

Samtidigt som dessa indikatorer togs i bruk, tog riksdagen beslut om ett nationellt mål för folkhälsa med elva målområden varav ett är En hälsofrämjande hälso- och sjukvård<sup>13</sup>. En möjlig struktur för uppföljning av detta mål beskrevs i en rapport från dåvarande Folkhälsoinstitutet<sup>3</sup>. Något år senare publicerade Sveriges Kommuner och Landsting rapporten Hälsa i bokslut<sup>14</sup> med möjliga indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården.

HFS-nätverket utvecklade därefter självvärderingsenkäten där ett antal frågor från Hälsa i bokslut integrerades. Uppföljningen belyste därefter medlemmarnas verksamhet ur ett patientperspektiv, ett medarbetarperspektiv, ett befolkningsperspektiv samt ett styr- och ledningsperspektiv i form av struktur- och processmått. Det har varit betydligt svårare att utforma resultatmått. Parallellt utvecklades självvärderingsmetoden Self Assessment Tool<sup>15</sup> inom det internationella nätverket Health Promoting Hospitals, med förhållandevis omfattande insatser och dokumentationsinsamling. Det svenska HFS-nätverket prioriterade den självvärdering som nätverket processat fram, då den upp-

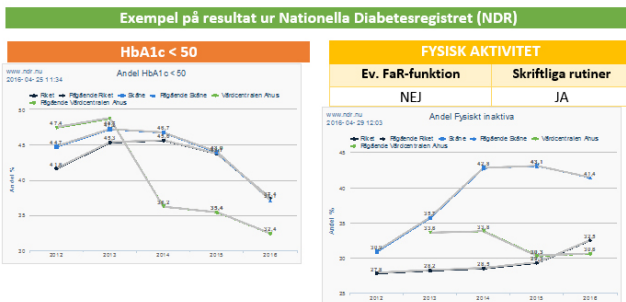
levdes vara bättre anpassad för ett kontinuerligt lärande.

Att granska och återkoppla resultat för hälso- och sjukvårdsverksamhet har i tidigare studier visats kunna ha positiva effekter på vårdkvaliteten. Dock spelar det roll på vilket sätt detta sker<sup>16</sup>. Återkopplingen av resultat från nätverkets uppföljningsenkät har skett genom presentationer och dialoger, framför allt i samband med nätverkets årsmöten. Nuläge och förändringar i det hälsofrämjande arbetet har på så sätt synliggjorts. Därmed får medlemsorganisationerna också kunskap om hur de egna resultaten förhåller sig till hela nätverkets samlade resultat. Bildspel har gett möjlighet till stöd vid diskussioner kring resultaten. Resultaten har sedan varit underlag för fortsatt utvecklingsarbete, exempelvis genom kollegial granskning. Eftersom indikatorerna i självskattningsenkäten endast delvis uppfyller de kriterier som bör ställas på robusta indikatorer, har det varit viktigt att lyfta fram att dessa främst används som utvecklingsindikatorer till stöd för lärande i nätverket.

Temagruppen Uppdrag och uppföljning har följt upp de kvalitativa beskrivningarna och årligen uppdaterat självskattningsenkäten. Utvecklingsarbetet har under senare år inriktats på att ersätta tidigare processmått, som byggt på självskattningar, med externa data. Framför allt finns värdefull information för flera indikatorer inom patient- och befolkningsperspektiven i externa datakällor, som exempelvis Socialstyrelsens register och uppföljningar, kvalitetsregister, Nationell Patientenkät och olika befolkningsundersökningar.

Hälsoriktad verksamhet och externa indikatorer			
Vårdcentralen XX			
BAKGRUND			
Antal listade	Antal anställda	CNI-värde	ACG-värde
9 579	37	1,12	1,13
STRUKTUR			
Hälso <span>team</span> /motsv.*	Kontak <span>tperson</span>	Hälsomottagning**	
NEJ	Gunnel Gunnelsson	NEJ	
UTBILDNINGAR			
Antal godkända webb <span>utb.</span> i lev <span>nadsvanor</span>	Antal godkända webb <span>utb.</span> inför <span>op</span>	Antal med <span>samtalsutb.</span>	
2014	2015	0	7
1	17		

\*Hälsoteam: minst två personer som regelbundet stämmer av det hälsoriktade arbetet på vårdcentralerna, speciellt när det gäller sjukdomsförebyggande. \*\*Hälsomottagning: schemalagd levnadsvanemottagning



Figur 1: Exempel på verksamhetsnära data för att belysa de hälsoriktade frågorna. Källa: Ingemar Götestrand, Region Skåne.

Sedan 2014 fokuserar därför nätverkets uppföljningsenkät främst på styr- och ledningsperspektivet av hälsofrämjande hälso- och sjukvård medan de övriga perspektiven främst belyses med stöd av externa datakällor. Det kvarstår dock arbete för att få en heltäckande bild av hur den hälsofrämjande hälso- och sjukvården i Sverige fungerar. HFS-nätverket deltar tillsammans med flera aktörer, som SKL, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, samt andra nätverk i arbetet med att skapa en struktur för att följa upp den hälsofrämjande hälso- och sjukvården med stöd av olika indikatorer. Samtidigt pågår ett utvecklingsarbete i nätverket för att ännu mer konkret kunna använda

hälsoriktade data på enhetsnivå för verksamhetsutveckling (Figur 1).

Sedan 2002 har nätverkets årliga uppföljningar bidragit till att tydliggöra konceptet hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Uppföljningarna har hjälpt till att konkretisera konceptet genom de fyra perspektiven och, genom exempel på insatser i uppföljningens olika frågor, också ”sätta det på kartan” hos medlemsorganisationerna. Uppföljningen har också synliggjort nuläge och tendenser över tid i nätverket generellt. Det har varit en viktig kunskap vid nätverkets planering av det fortsatta arbetet.

Vilken utveckling av den hälsofrämjande hälso- och sjukvården har vi då kunnat se över tid i dessa ut-



värderingar? En återkommande slutsats har varit att arbetet med tobaksprevention och fysisk aktivitet tycks ha utvecklats mer än arbetet kring alkoholriskbruk och matvanor. Lokala strukturer och styrgrupper för förbättringsarbete inom det hälsoinriktade området finns numera inom den stora majoriteten av deltagande landsting och regioner. Uppföljningen ger också en indikation på att systematisk kompetensutveckling, som stödjer arbetet med Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, bedrivs mer inom områdena tobak och fysisk aktivitet än områdena alkoholriskbruk och ohälsosamma matvanor. Kompetensutveckling i bemötande och motiverande samtal har också förstärkts kraftigt över tid.

### **Har nätverket påverkat utvecklingen?**

HFS-nätverkets verksamhet med lärandeprocesser och kunskapsutveckling i form av årliga uppföljningar, temagruppernas roll samt kollegialt lärande, har utvecklats parallellt med att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande frågor fått ökad uppmärksamhet i samhället som helhet. Det är vanskligt att bedöma HFS-nätverkets påverkansroll i hälso- och sjukvården. I den undersökning bland medlemsorganisationerna som gjordes 2014 framkom dock att ”majoriteten av de intervjuade tyckte att HFS-nätverket har haft och har stor betydelse för organisationens hälsoorientering”. De positiva faktorer som nämns främst är att få kontakt med andra som arbetar med samma sak, att få goda exempel

på metoder, att få faktaunderlag samt möjligheten till kunskapsöverföring och nätverkande. HFS har bidragit till att frågorna ”satts på agendan”<sup>17</sup>.

Det kan också vara intressant att relatera HFS-nätverkets kunskapsutveckling till utvecklingen av ledning och styrning av hälso- och sjukvården utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. En kartläggning, genomförd av HFS under 2016, visar att huvudmännen numera har etablerat en påtaglig tydlighet i styr- och ledningsdokument för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård<sup>18</sup>. I en uppföljande intervjustudie beskrivs att uppdragstexter uppfattas som ett huvudincitament för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, men att de fortfarande ofta har brister<sup>4</sup>. Likaså anses uppdragstexterna behöva kombineras med övriga incitament, som uppföljning, målvärden och ersättningsmodeller, samt stimulans med lärande och kunskap.

Därmed finns det intressanta personunioner i nätverkets frivilliga och underlättande verksamhet å ena sidan och ledning och styrning på hemmaplan å den andra. Dessa aktörer har på hemmaplan tillgång till olika verktyg som de använder i sina roller som förändringsagenter. I många fall finns det också numera en intern struktur uppbyggd för hälsofrämjande verksamhetsutveckling. Ur detta perspektiv kan det antas att HFS-nätverkets arbetssätt, med exempelvis självutvärderingar, temagrupper och kollegialt lärande, bidrar till kunskap, inspiration och påverkan i medlemsorganisationernas praktik, både inom ledning och styrning och i det mer verksamhetsnära arbetet.

## Slutsats

Utvecklingsarbete mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård kräver ett ständigt lärande. HFS-nätverket bedriver med detta mål lärandeprocesser där medlemmarna hämtar kunskap, skapar inspiration och påverkar. Det lärande som skapats utifrån HFS-nätverkets arbete uppfattas av medlemmarna ha bidragit till en förstärkt hälsoinriktning av hälso- och sjukvården. Resan som lärande nätverk fortsätter dock och arbetsformer behöver även i fortsättningen omprövas och förändras utifrån nya erfarenheter och behov.

## Referenser

1. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. London: Random House Business; 2006.
2. Kristenson M, Nilsson E, Implementering av hälso-prefixet i hälso- och sjukvården In Nilsen P (red). Implementering, teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur 2010. 219 - 239.
3. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2004.
4. Knezevic M, Forsberg A. Styrning avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård. En analys av vård- och uppdragsgivarnas syn på styrincitamentens genomslag. Rapport HFS-nätverket 2016.
5. <http://www.hfsnatverket.se/>
6. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>
7. Hälsofrämjande arbetsplats, Landstinget i Västerbottens län; <http://www.vll.se/startida/halsa-och-varld/folkhalsa/halsoframjande-arbetsplats>
8. Hälsofrämjande arbetsplats, verktygslåda. <http://www.hfsnatverket.se/sv/halsoframjande-arbetsplats-verktygslada>.
9. Janlert U, Karlsson K-E, Lindholm L. et al. Kollegial granskning av folkhälsoarbete i Gävleborg. Rapport från Samhällsmedicin Gävleborg. 1997:1.
10. Kollegialt lärande Västmanland och Gävleborg - Slutrapport. <http://www.hfsnatverket.se/sv/aktuellt-kollegialt-larande>
11. Kollegialt lärande Jönköpings läns landsting och Östergötlands läns landsting. Slutrapport inklusive modell. <http://www.hfsnatverket.se/sv/aktuellt-kollegialt-larande>
12. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748.
13. Regeringen. Mål för folkhälsan: regeringens proposition 2002/03:35. Stockholm: Socialdepartementet; 2002.
14. Hälsa i bokslut, Sveriges kommuner och landsting, 2005.
15. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, Quality of Health Systems and Services, Division of Country Health Systems Country Policies, Systems and Services Unit Barcelona Office. WHO/Europe.
16. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young Jane M, Odgaard-Jensen J, French Simon D, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
17. Bejjnoff B, Pehrsson K. Erfarenheter från HFS-nätverkets indikatoruppföljning 2012. Telefonintervjuer med processledare genomförda hösten 2013 HFS- uppföljningsrapport år 2014 <http://www.hfsnatverket.se/uppdrag--uppfoljning>
18. Knezevic M. Kartläggning av huvudmännens styr- och ledningsdokument avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård. En exempel-samling – 2016. HFS-nätverket. <http://www.hfsnatverket.se/hfs-natverkets-rapporter>