



RISE

FÖRSTUDIE

Ett samlat hälsoutbud i Skåne

Denna rapport beskriver en hälsoutbudsplattform för vuxna invånare i Region Skåne och framtagandet av en prototyp. Förstudien är gjord i samverkan mellan RISE AB och Regional Utveckling, Region Skåne.

RISE RAPPORT: 2022:54

ISBN: 978-91-89561-94-6

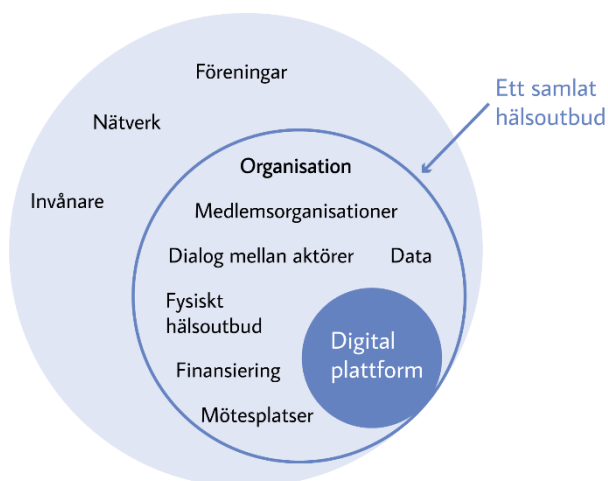
RISE Mätteknik, Mäta i samhället

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	5
Bakgrund _____	5
Metod _____	6
3. Kartläggning	8
Workshopserie _____	8
Aktörskarta <i>Ett samlat hälsoutbud</i> _____	10
Kartläggning av liknande initiativ _____	13
Kartläggning om att mäta effekter _____	18
Jämlik hälsa _____	23
Kartläggning av generiska finansieringslösningar _____	24
4. Designprocess	27
Konceptutveckling och skiss _____	27
5. Resultat	31
Hälsa _____	31
Incitament för aktörer i Ett samlat hälsoutbud _____	31
High fidelity prototyp _____	32
Kvalitetssäkring av innehåll i plattformen _____	38
Organisering, ägarskap samt finansiering _____	40
Effektmätning och uppföljning _____	45
6. Diskussion	51
Rekommendationer _____	52
Referenser	54
Bilagor	0
Bilaga 1. _____ Sammanfattning av workshopar	0
Bilaga 2. _____ Aktörskartläggning	0

1. Sammanfattning

Förstudiens uppdrag har varit att ta fram en prototyp för *Ett samlat hälsoutbud*, närmare definiera vad prototypen innebär, samt att beskriva organisering av *Ett samlat hälsoutbud* och det ekosystem som det existerar i. Tyngdpunkten skulle ligga på att ta fram en prototyp av en plattform, dvs en visualisering av *Ett samlat hälsoutbud* och hur detta ska kunna möta invånarna. Prototypen skulle sedan kunna användas som



Figur 1 Ett samlat hälsoutbud består av både en digital plattform och en organisering runt den. Tillsammans verkar de i ett ekosystem för hälsa.

diskussionsunderlag för att komma vidare, både i interna diskussioner inom Region Skåne och med andra intressenter – såsom kommuner, näringslivsaktörer och medborgare. För att avgränsa uppdraget beslöts att förstudien skulle kopplas till de riktade hälsosamtalen som införts i Region Skåne och hur *Ett samlat hälsoutbud* kan möta de behov och krav som uppstår i detta sammanhang.

Under förstudien har *Ett samlat hälsoutbud* utvecklats till att ses som en vision där både en plattform (prototyp) och organisering ingår i samma ekosystem. Därmed har organisering och finansieringsstruktur för *Ett samlat hälsoutbud* också varit viktiga delar. Likaså har definition av mätbara mål som man vill uppnå varit en central del. *Ett samlat hälsoutbud* innebär alltså mycket mer än en plattform, digital eller inte.

Aktörer som har identifierats som relevanta för *Ett samlat hälsoutbud* återfinns inom alla samhällssektorer; offentlig sektor, näringsliv, civilsamhället och arbetsliv. Rapporten innehåller en kartläggning av vilka aktörer som kan vara relevanta, där några av dessa aktörer blivit inbjudna till workshops i relation till designarbetet. Inom offentlig sektor har kommuner, Skånes kommuner, Region Skåne och polismyndigheten identifierats. Arbetslivssektorn, t ex hur företag bidrar till individens hälsa genom att betala ut friskvårdsbidrag, har inte kartlagts i denna förstudie. Inom Näringsliv har fokus legat på vårdaktörer, träningsanläggningar och företag som jobbar med kost och mat. Inom civilsamhället finns många relevanta aktörer, allt från lokala idrottsföreningar, sammanslutningar av idrottsföreningar till kultur- och intresseföreningar. Vi har främst pratat med RF-SISU och tjänstemän inom regionen och länsstyrelsen som arbetar med civilsamhället.

Arbetet har skett iterativt med designmetodik och ett antal workshops tillsammans med olika intressenter för att utkristallisera en gemensam målbild och lyfta viktiga frågor. Parallellt har information om liknande initiativ och tänkbar organisation och finansieringsmodeller samlats in genom diskussioner, intervjuer och omvärldsbevakning.

Förslaget för *Ett samlat hälsoutbud* är en digital plattform och en organisering runt denna för att driva plattformen och samarbeten. Plattformen föreslås drivas av en tillhörande organisation med medlemsorganisationer från hela samhället. Organisationsformen föreslås vara en plattformorganisation med fokus på en faciliterande roll och en stark lokal förankring, vilket föreslås kunna ske via kommunerna. Det är viktigt att bygga denna typ av organisation med hjälp av alla intressenter, inte minst för att förflytta ekosystemet till ett perspektiv som utgår ifrån medborgarnas behov istället för hur systemet är organiserat.

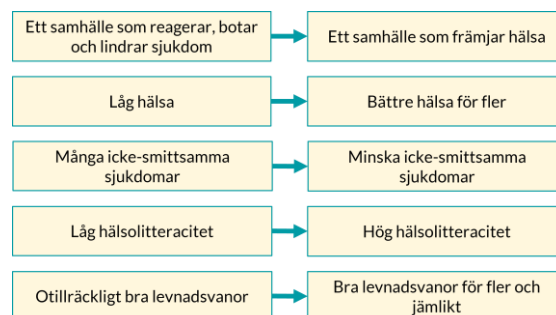
Den **digitala plattformen** är en prototyp till en hemsidelösning som är enkel att nå och använda och som samlar hälsoaktiviteter, hälsotjänster och en kunskapsbank för hälsosamma levnadsvanor. Den digitala

plattformen har flera navigationsmöjligheter, en enkel struktur och möjliggör utforskandet av aktiviteter och andra former av innehåll. Plattformens form och funktionalitet baseras på förstudiens workshop-serie där flera parter från regionen deltagit. Precis som organisationsformen är detta en del av det samlade hälsoutbudet som behöver förankras, och där många diskussioner har uppstått i anslutning till workshop-serien.

När det kommer till **kvalitetssäkring** av innehållet på plattformen rekommenderas att Kunskapsbanken, genom samarbete med experter, granskar så att rekommendationer från relevanta myndigheter följs (exempelvis rekommendationerna som ges av Folkhälsomyndigheten och Livsmedelverket). Kvalitetssäkring av hälsoaktiviteter och tjänster bör vara bredare och ge information till användaren av *Ett samlat hälsoutbud*. Detta kan göras genom att aktiviteter och tjänster kategoriseras med avseende på hur stark koppling aktiviteten har visats ha till ett längre och hälsosammare liv. Aktiviteter som har stark evidens i många olika forskningsstudier och har bevisats funka för en stor andel personers kategoriseras som Starkt koppling till ett långt och hälsosamt liv. Aktiviteter som har bevisats funka bra för en mindre andel, eller aktiviteter som inte stöds av stark evidens, kopplas istället till en kategori med Svag koppling till ett långt och hälsosamt liv. För individer som letar efter hälsoaktiviteter och tjänster är det viktigt hur aktiviteterna påverkar dem personligen, inte hur påverkan är på gruppnivå, och därför behövs ett brett utbud. Förstudien definition på hälsa berör också ett mycket brett perspektiv och visar på att man måste öppna för många olika typer av aktiviteter.

Ett tydligt perspektivskifte som behövs är att gå från dagens ekosystem som är organisationscentrerat, till ett ekosystem som är individcentrerat – vilket även stämmer överens med de önskade förflyttningarna i Framtidens hälsosystem (Region Skåne, 2020). Ett ekosystem där användarupplevelsen inte är knuten till specifika leverantörer av en specifik del av utbudet, utan där medborgaren kan röra sig sömlöst i utbudet.

Förflyttningar som *Ett samlat hälsoutbud* syftar till att uppnå handlar om ett samhälle som främjar en god och jämlik hälsa, hälsosamma levnadsvanor, en hög hälsolitteracitet, och där färre insjuknar i livsstilsrelaterade sjukdomar och psykisk sjukdom, se figur 2.



Figur 2 Övergripande förflyttningar som önskas uppnås med *Ett samlat hälsoutbud*

När det kommer till **organisering** framgår det att *Ett samlat hälsoutbud* bara kan skapas av ett flertal aktörer tillsammans. Initialt är det viktigt att nå en kritisk massa i ekosystemet av aktörer för att etablera *Ett samlat hälsoutbud* och ett skifte mot hälsa. Vidare är kunskapen om behov, engagemang och kompetens decentraliserat i systemet, både geografiskt och inom olika grupper, vilket i sin tur sätter krav på lokal förankring för att realisera *Ett samlat hälsoutbud*. Att kunskapen är decentraliserad påverkar även plattformorganisationens arbetssätt. Av denna anledning föreslås en plattformorganisation med medlemsorganisationer från hela ekosystemet. I ett första steg för att bredda förankringen av ägarskapet i ekosystemet bör därmed en konstellation av initiativtagare skapas. Kommunförbundet, RF-SISU och Länsstyrelsen är tre tänkbara aktörer som kan ingå i konstellationen, samtidigt som att den inte bör begränsas till just dem.

Ett samlat hälsoutbud skapas inte från ett tomt blad, det handlar snarare om att samla och förstärka redan fungerande aktiviteter. Viktiga delar som har identifierats är befintliga samarbeten mellan kommuner och civilsamhälle och befintliga arbeten med hälsoaktiviteter och hälsotjänster i kommunal och regional regi. Hälsoaktiviteter och tjänster från civilsamhället och näringsliv är också viktiga delar i ekosystemet. Resurser i form av lokaler, idrottsplatser, utegym med mera är också viktiga. Dock har både dessa resurser och

samarbeten brister och skulle kunna utökas. Det är viktigt att *Ett samlat hälsoutbud* blir en facilitator för detta och bidrar till utveckling av redan befintliga initiativ i stället för att skapa en parallell struktur. En viktig del som inte har undersökts är arbetslivet, det rekommenderas att fortsätta arbetet med en sådan undersökning då denna sektor är viktigt för individerna som ska ta del av *Ett samlat hälsoutbud*.

Aktiviteter som har identifierats som viktiga för att realisera *Ett samlat hälsoutbud* handlar om förändringsledning, strategiskt nätverkande och att bygga en organisation runt det samlade hälsoutbudet, att förankra idén på politisk nivå och att engagera många olika aktörer samt att sprida kunskapen och användandet av *Ett samlat hälsoutbud*. Varje aktör kommer ha olika incitament för att delta i *Ett samlat hälsoutbud* och det är viktigt att tidigt i processen adressera dessa.

För att ett initiativ ska lyfta krävs också **finansiering**. I visionen *Ett samlat hälsoutbud* är basfinansieringen av den digitala plattformen såväl som dess organisation viktig. Därutöver behöver utbudet finansieras, både på grupp och individnivå. Basfinansieringen är en möjliggörare för finansiering av utbud. Utbudsfinansiering kan handla om existerande lösningar som friskvårdsbidrag och lokalt aktivitetsstöd, men det kan också handla om nya lösningar.

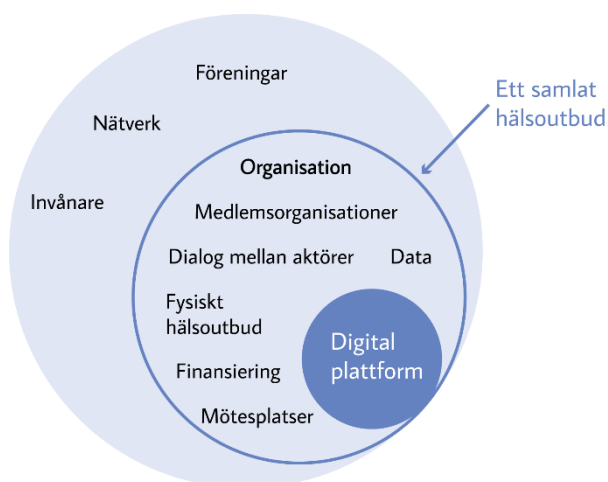
En digital plattform möjliggör hantering av data på olika nivåer. Det kan handla om olika typer av statistik relaterad till de presenterade hälsoaktiviteterna, tex vilka som är mest populära, eller vilka sökmönster som befolkningen har. Detta har inte undersökts närmare i förstudien utan rekommendationen är att fortsatt utreda och ta fram förslag.

För fortsättningen rekommenderas att:

- Regionen tar initiativ för *Ett samlat hälsoutbud*, definierar ett minsta möjliga praktiskt genomförande som samtidigt kan skapa en kritisk massa kring ett samlat hälsoutbud.
- Förbereda och förankra ett politiskt beslut om *Ett samlat hälsoutbud*
- Testa och utveckla nya finansieringsmodeller
- Utredda hur arbetslivssektorn kan bli en del av *Ett samlat hälsoutbud*
- Fortsatt undersöka och utreda frågor om hälsodata

2. Inledning

Projektets uppdrag har varit att ta fram en prototyp på *Ett samlat hälsoutbud* och vad som menas med detta. Förutom en prototyp på en digital plattform har uppdraget också handlat om att ta fram en effektlogik för ett samlat hälsoutbud samt beskriva andra liknande initiativs organiserings- och finansieringslösningar. Det här dokumentet beskriver arbetet och resultatet från projektet.



Figur 3 Ett samlat hälsoutbud är en vision och samlingsnamn för en digital plattform, en organisation att leda den och ett nätverk med intressenter och användare.

I rapporten använder vi begreppet *Ett samlat hälsoutbud* som samlingsnamn för en vision. Visionen består av både en digital plattform och organisering runt den, men sätts även in i ett sammanhang och ekosystem i samhället. Begreppet *prototyp* används för den digitala plattformen som föreslås och kan ses som en illustration av ett interaktivt, digitalt gränssnitt. Fokus för prototypen ligger på den bakomliggande funktionaliteten och hur den är kopplad till sammanhanget, inte den grafiska profilen. Vidare används organisering och konceptet plattformorganisation för att beskriva den organisering och organisation som utöver prototypen behövs för att realisera *Ett samlat hälsoutbud*.

Bakgrund

Regional utveckling har, genom Framtidens hälsosystem, KC Levnadsvanor och FIRS arbetsgrupp för Life Science och hälsa ringat in ett uttryckt behov av ett samlat hälsoutbud som kompletterar och förstärker det preventiva och precisionsbaserade arbetet för individens hälsa. Idag finns inget samlat erbjudande för hälsofrämjande verktyg och insatser för individen att använda sig av, som samlar ihop alla insatser och verktyg kopplat till vård, primärvård och rehabilitering.

Riktade hälsosamtal

Sedan 2019 arbetar Region Skåne med Riktade hälsosamtal, först i en liten målgrupp – både åldersmässigt och geografiskt – men under 2021 togs ett beslut om breddinförande. Riktade hälsosamtal är ett svenskt koncept för god, mer jämlik och hållbar hälsa i befolkningen. Konceptet erbjuder en verksam metod för att systematiskt identifiera ohälsosamma levnadsvanor i syfte att kunna erbjuda stöd till förändring och därmed förebygga hjärt-kärlsjukdom. Metoden har implementerats i nio regioner runt om i Sverige, där den erbjuds till utvalda ålders- och målgrupper så som 40-, 50- och 60-åringar samt förstagångsföräldrar. Modellen kombinerar en lågriskstrategi, där alla i en åldersgrupp bjuds in, och en högriskstrategi, där riskfaktorer uppmärksammas och leder till erbjudande om uppföljning vid behov.

I Region Skåne genomfördes en pilotstudie av Riktade hälsosamtal under 2019, som ledde fram till ett politiskt beslut om breddinförande för 40-åringar under 2021. Under ett riktat hälsosamtal går man igenom hälsosfaktorer och levnadsvanor hos personen i fokus. Vissa individer identifieras som sjuka och hänvisas vidare för ytterligare vård och undersökningar inom primärvården. Men de flesta individerna anses inte vara så sjuka att detta behövs men kan ändå ligga i riskzon för att utveckla levnadsvanorelaterade sjukdomar. Ett behov som

har visat sig under arbetet med de riktade hälsosamtalen är att ha någonstans att hänvisa dessa individer, antingen för mer information eller för att hitta aktiviteter som kan leda till bättre levnadsvanor. Detta behov ligger bakom idén om ett samlat hälsoutbud dit individer kan hänvisas.

Metod

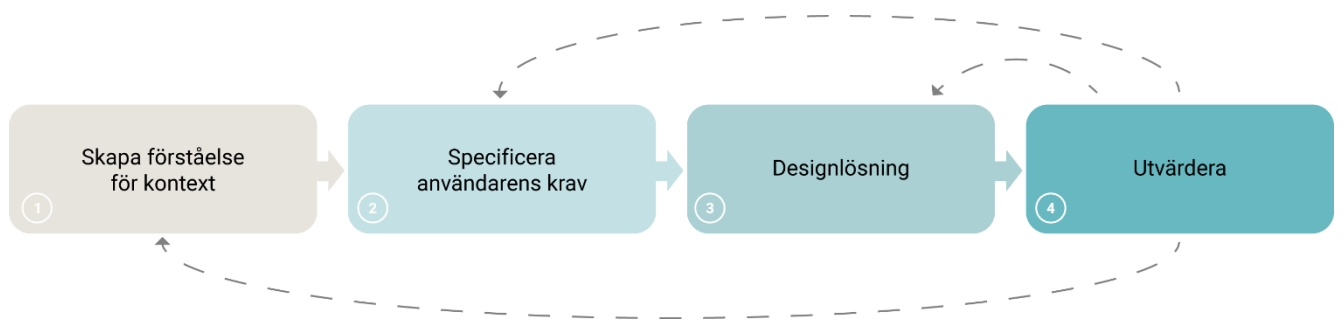
Projektet har utförts med hjälp av designmetodik och följt en iterativ designprocess, se Figur 4. Med start i en kartläggande fas har en prototyp och beskrivning av ett samlat hälsoutbud arbetats fram med fler och fler detaljer. Arbetet har gått tillbaka till kartläggning under projektets gång för att fylla i och förstå omvärlden och behoven runt det samlade hälsoutbudet. God design kommer ur en god förståelse för designprocessen och den större kontext som resultatet ska verka inom. Resultaten av denna process är inte enbart de lösningsförslag eller artefakter som skapas utan även den kunskap för kontext och användargrupp som framkommer. Designarbetet påverkas och förändras i och med den förändrade förståelse för den situation som arbetet utförs inom (Löwgren & Stolterman, 2004). Ett första generellt steg inom designarbete och *design thinking* är att förstå användaren, vilket de två första stegen i Figur 4 visar. Det är dock viktigt att ha i åtanke att begreppet *användare* även syftar till de som administrerar, underhåller och i viss mån bygger en designlösning (Nielsen, 1992).

Workshops, intervjuer och litteraturgenomgång har använts för kartläggning och informationsinhämtning. Som en del av idégenereringsarbetet skapas skisser och designmaterial parallellt med workshop-seriens genomförande och i takt med att nya insikter skapas som påverkar en framtida designlösning.

Workshop-serien inleddes med att involvera tjänstepersoner inom Region Skåne för att förtydliga uppdraget och få en bild av det behov som regionen ser. Därefter bjöds andra offentliga aktörer inom folkhälsa in i ett andra förfiningssteg. Slutligen bjöds andra aktörer inom civilsamhället, näringsliv och offentlig sektor in till workshops med förfinade frågeställningar och utkast på en prototyp. Den primära målgruppen, 40 åringar i Skåne, har inte deltagit i workshops i detta projekt. De diskussioner och resonemang som förts under workshopserien har utgjort den grund som designarbetet utgått från, vars process beskrivs vidare i kapitlet Designprocess.

Workshopparna har ett övergripande liknande upplägg men har anpassats till varje tillfälle och målgrupp. Det övergripande upplägget har handlat om att beskriva nuläge, önskeläge, samt tankar om vad ett samlat hälsoutbud kan vara. Denna typ av tillvägagångssätt kan ses som iterativt i sig självt då kunskap och insikt genereras under respektive workshop-tillfälle och förs vidare till nästa, som i en intern feedbackloop (Wynn & Eckert, 2016). En liknande process återfinns även i designarbetet, som i mångt och mycket är iterativt i sin natur (Nielsen, 1992).

Kartläggning av liknande initiativ, intressanta aktörer och lösningar har gjorts främst genom intervjuer. Målet har varit att ta vara på erfarenheter från närbesläktade projekt och sedan kunna integrera denna kunskap i lösningen. Som en del av kartläggningen har också rapporter och publikationer som aktualiserats inkluderats.



Figur 4 Designprocess. En förenklad bild över hur en designprocess ofta går till, indelad i fyra övergripande aktiviteter. 1 Skapa förståelse för den kontext som designlösningen ska implementeras och det problem eller behov den ska lösa/fylla. 2 Undersöka användarens behov och krav, vad behöver lösningen innehålla för att problemet/behoven ska lösas/uppfyllas. 3 Insikter och nyfunnen kunskap illustreras i visuell representation, skisser i olika renderingsnivåer arbetas fram som används i steg 4, där de utvärderas. Detta är en iterativ process vilket innebär att stegen upprepas vilket indikeras av pilarna som kopplar samman de olika delarna i processen.

3. Kartläggning

Det samlade hälsoutbudet är tänkt att existera i en kontext med flera olika parter. Här beskrivs workshopserien som legat till grund för designarbetet, en aktörskartläggning av aktörer som har eller skulle kunna ha beröringspunkter med utbudet, liknande projekt och initiativ, olika effektmätningar och generella finansieringslösningar.

Workshopserie

Vi inledde en workshopserie vars syfte var att utforska bakgrunden till projektet och fastställa varför ett samlat hälsoutbud ansågs nödvändigt. Under denna serie har vi anordnat nio workshoptillfällen med en bred deltagargrupp och varierande frågeställning. Detta har hjälpt oss identifiera vilka förväntningar som finns på förstudiens prototyp, vad som menas med *Ett samlat hälsoutbud* och synen på dess innehåll. Under serien har vi diskuterat och idé-genererat tillsammans med följande:

2021-10-11 Kunskapscentrum Levnadsvanor, Region Skåne
2021-11-01 Framtidskontoret, Region Skåne
2021-12-02 Region Skåne och Länsstyrelsen
2021-12-06 Privat vårdgivare
2021-12-08 Utbudsleverantörer
2021-12-15 RF SISU
2021-12-17 Hälsosamtalsledare
2021-12-17 Kommunanställda
2022-01-14 Kost och livsmedel

Under de två inledande workshopparna diskuterade vi deltagarnas tolkning av och vision för ett samlat hälsoutbud, varför den är viktig och för vem, hur detta initiativ skiljer sig från redan existerande lösningar och vilken förflyttning regionen vill åt med denna satsning. Redan under den första workshopen nämns att *Ett samlat hälsoutbud* kan bestå av länkar för vidare läsning och hänvisningar för innehåll, och att det kan vara ett verktyg som samlar ihop olika aktörer och innehåll. I den andra workshopen blir hälsobegreppets bredd belyst vilket följs upp i de följande workshopparna. Här diskuteras även hur aktiviteter, föreningar och områden kan kors-kopplas, och synliggöra de möjligheter som finns för mer likartad hälsa inom regionens kommuner och städer.

Sammantaget lyfts det av många deltagare att hälsa är ett väldigt brett begrepp och ett område som inkluderar många olika aktörer, därför ska det vara lätt att navigera och ta till sig det samlade utbudet och sänka trösklarna för dem som använder det. Den förflyttning som diskuterades var även den bred, hälsa ska handla om att ha roligt och invånarna i regionen ska ha möjlighet till en mer jämlik hälsa. Likaså lyftes att det ligger i invånarens eget ansvar att främja sin hälsa och att det samlade hälsoutbudet kan vara en möjliggörare för att göra just detta: stärka självbilden, medvetandegöra hälsofrämjande val och öka kunskapen om bättre hälsas positiva effekter.

I ett försök att undvika att styra deltagarna använde vi inte begrepp som skulle kunna begränsa synen på ett samlat hälsoutbud, utan öppna och inkluderande formuleringar användes inledningsvis. Begrepp som *plattform*, *digital lösning* och *hemsida* undveks i hög mån, men nämndes av flera deltagare. Det blev tydligt att flertalet deltagare såg det samlade utbudet som en digital lösning och fåtalet kunde nämna idéer på andra lösningsförslag, inte ens när vi lyfte frågan. Att kombinera digitala och andra/fysiska arbetssätt anses som intressant och kan stärka kunskapen kring ett samlat hälsoutbud och deltagandet, vilket bör undersökas vidare med relevanta aktörer och användare för att det ska gå att realisera utifrån regionens organisering och

engagemang utifrån. När vi exemplifierade vad ett sådant arbetssätt kan vara, tex en fysisk mötesplats för aktörer eller informationsskyltar runt ett motionsspår, fick vi positiv feedback.

Inbjudna personer som inte kunnat delta i någon workshop fick möjlighet att besvara en enkät med liknande öppna frågor som workshopen. När det kommer till ett samlat fysiskt hälsoutbud kom det upp idéer som promenadslingar, välskyttade med beskrivningar, både i staden och i grönområden, utegym anpassade till olika målgrupper, lokaler där flera aktörer kan samlas, vandringsleder, grillplatser och oväntade, roliga inslag som väcker intresse för att vara ute.

Hälsa beskrivs av flera grupper som en skala som vi rör oss på, ibland mår vi bättre och bland sämre, utan att vara sjuk eller ohälsosamma, och det anses även som vår förmåga att hantera vardagens alla upp- och nedgångar. Många grupper nämner att god hälsa innefattar psykiska och fysiska aspekter, social gemenskap och sömn, och dessa speglas i våra attityder, synsätt och kunskap kring ämnet vilket resulterar i våra vanor och levnadsmönster. Hälsa handlar om att göra så gott, och leva så bra, vi kan efter våra individuella förutsättningar och drivkrafter, att känna välmående och livskvalitet. Detta inkluderar även aspekter kring migration och integration, att inkludera fler och öppna upp för fler utövare och föreningar, men även information om vårt hälso- och sjukvårdssystem. Frågan kring vad hälsa är och hur de olika aktörsgруппerna ser på begreppet har bara varit en av många frågor under vårt utforskande arbete men det är den fråga där svaren har varierat mycket och deltagarna har själva i många fall diskuterat detta i stor utsträckning. Att synen på begreppet skiljer är intressant då detta formar förutsättningarna för vad ett utbud bör innehålla och vilka förväntningar som kan finnas på detta. Denna fråga är även varit intressant utifrån perspektivet att vi motiveras och engageras av olika faktorer och intresserar oss för olika saker eller aktiviteter, vilket måste speglas i hälsoutbudet.

Genom workshopserien kan en viss skepsis uppfattas kring vissa aktiviteter och aktörer, att det finns en vilja att utesluta det som saknar vetenskaplig grund. Att aktiviteter saknar vetenskaplig grund handlar enligt deltagarna om att de inte är evidensbaserade eller utgår från betrodda metoder. Vissa deltagare menar dock det motsatta; om det skapas ett samlat hälsoutbud bör detta gå bortanför hälso- och sjukvårdens perspektiv och vanliga riktlinjer och därför innehålla sådant som kan anses som *alternativt* i denna kontext. *Skogsbad* och *varma stenar* nämns av flera deltagare under separata tillfällen som exempel på typer av aktiviteter som inte borde vara en del av utbudet. Samtidigt tas de upp som exempel på aktiviteter som enligt vissa stärker välmående, har positiv inverkan på vardagen och bidrar till högre livskvalitet. Sex tas upp i en workshop som exempel på en aktivitet som kan gå utanför legala gränser, även om det kan stärka välmående.

Det nämns under flertalet workshoppar att en förhoppning med det samlade hälsoutbudet är att det ska *hålla användaren i handen* och *sänka trösklarna*. Det ska vara enkelt att göra rätt och att gå från ord till handling men för att målgruppen ska kunna göra detta krävs en ökad kunskap och stärkt förmåga. Pepp och motivationsstöd ses av vissa deltagare som nödvändigt för att användaren ska göra förändringar och vissa menar att detta lyckas bäst genom individanpassat innehåll eller genom mänskliga möten. En sak som kom upp var möjligheten till att få personliga tips från en annan människa som är sakkunnig inom ett område, tex en samtalsledare. Det skulle tex kunna användas som uppföljning av ett riktat hälsosamtal.

Under workshopen vars fokus låg i att diskutera kost och livsmedel återkom social samvaro som en bidragande faktor till god hälsa. Att laga och äta mat tillsammans, situationen runt måltiden, ansågs av gruppen som en hälsosam kostvana, utöver de aspekter som berör mängden vi äter, vad vi äter, vår syn på kost och kroppsuppfattning.

Ett behov av samordning inom hälso-frågorna inom kommuner uppkom på workshopen med kommunalt fokus. Det var svårt för de olika förvaltningarna att föra fram en samlad bild av läget i deras kommun. Både i enkät och workshop framkom ett önskemål om att jobba mer förebyggande genom att prediktera ohälsa med hjälp av olika sensorer och AI-algoritmer, detta var kopplat till arbete inom kommunal vård och omsorg. Ett

önskemål om ett fördjupat samarbete mellan kommun och region för att fånga dessa personer lyftes också som ett behov.

Yviga diskussioner med en bred deltagargrupp innebär att vi inte nått konsensus i alla aspekter som rör lösningsförslaget för ett samlat hälsoutbud, och detta har heller inte varit seriens fokus som nämndes inledningsvis av kapitlet.

I Bilaga 1 Sammanfattning av workshopar finns material som sammanställdes under respektive workshop.

Aktörskarta *Ett samlat hälsoutbud*

I början av projektet gjordes en aktörskarta. Den har sedan använts för att bjuda in samtalspartners och workshopdeltagare. I rapporten presenteras vilka organisationer som har identifierats, inte enskilda individer. I kartläggningen ingår aktörer som berörs, eller kan beröras, av *Ett samlat hälsoutbud*.



Figur 5 Aktörskarta för ett samlat hälsoutbud. De identifierade aktörerna är uppdelade i fyra huvudområden vilka framgår av bilden, nämligen Arbetsliv, Civilsamhället, Näringsliv och Offentlig sektor. Utöver det finns det också identifierade samverkansprojekt som berör flera av sektorerna.

De identifierade aktörerna är uppdelade i fyra huvudområden, Arbetsliv, Civilsamhället, Näringsliv och Offentlig sektor. Utöver det finns det också identifierade samverkansprojekt som berör flera av sektorerna., se Figur 5. De olika delarna beskrivs nedan. I Bilaga 2 Aktörskartläggning återfinns också en mer detaljerad bild.

Initiativ som är relevanta för det samlade hälsoutbudet, men som ligger utanför listan ovan är Mat på recept, Sluta röka linjen, Alkolhöljälpen, Livsmedelsakademin och Stiftelsen skånska landskap. Dessa är intressanta då de drivs som olika samverkansinitiativ, i vissa av fallen med en region som huvudman. Andra identifierande initiativ, som på något sätt liknar det samlade hälsoutbudet är Digital aktivitetskatalog VGR, Digital plattform för psykisk hälsa, Health Integrator, Livsstilsverktyget, I Love Lund, Fritidsbanken, Generation PEP och Social prescribing, se Kartläggning av liknande initiativ sidan 13. Andra delar av systemet som identifierats, men som inte kommer att kartläggas närmare, handlar om fysisk infrastruktur, transport och förflyttningar, kollektivtrafik, cykelbanor, gångbanor, arkitektur, stadsplanering, grönområden, promenadstråk, utegym och motionsspår.

Civilsamhället

Civilsamhället, ibland även kallat föreningslivet, är brett och består av många olika typer av föreningar och organisationer. Under projektet har det funnits ett fokus på idrotts- och friluftsföreningar men en fortsättning



Figur 6 Civilsamhället består av organisationer inom många olika kategorier. Här nämns Träningsanläggningar, Friluftsföreningar, Parasport-föreningar, Idrottsföreningar, Senior-organisationer, Religiösa samfund, Intresseorganisationer och Kulturföreningar.

är att också undersöka behov och intresse hos andra typer av föreningar så som tex kulturföreningar, senior-organisationer eller olika intresseorganisationer. Det har under workshops framkommit idéer om samarbeten mellan olika typer av föreningar för nå ut till flera olika personer med flera olika aktiviteter.

Aktörer som har identifierats i den här kategorien är: RF-SISU Skåne, FIFH Malmö, Friluftsförbundet och Generation PEP. Under workshoparna har aktörerna Nätverket Idéburens sektor Skåne och projekten Häng med oss ut 2.0 och Lindängen-projektet också framkommit som en del av aktörskartläggningen.

näringslivssektorn finns flertalet aktörer som skulle kunna vara en del av ett samlat hälsoutbud. Inom Kost och livsmedel handlar de om aktörer inom livsmedelsförsäljning, restaurang- och caféverksamhet men också kursverksamhet. Det finns också en rad aktörer som jobbar med hälsa och fysisk aktivitet så som träningsanläggningar och personliga tränare. Aktörer som har identifierats och deltagit i workshops är Gerdahallen och Caphio Närsjukvård.

Näringsliv Inom



Figur 7 Olika organisationer inom Näringslivs-sektorn.

Arbetsliv



Figur 8 Olika organisationer inom arbetslivs-sektorn.

Arbetslivet är en stor del av många 40-åringars vardag. I en utveckling av prototypen är det viktigt att undersöka hur denna del av samhället kan, och vill, vara med som del av ett samlat hälsoutbud. Det handlar tex om fackföreningar, arbetsgivarorganisationer, föreningsliv på arbetsplatser, friskvårdsbidrag och enskilda arbetsgivare, se Figur 8. Det har dock inte gjorts

under detta projekt.

Offentlig sektor



Figur 9 Olika delar av offentlig sektor

En del av sammanhanget för *Ett samlat hälsoutbud* är olika aktörer inom offentlig sektor och deras arbete som är en del av, eller angränsar till, visionen om *Ett samlat hälsoutbud*. Den samlade bilden är att ett flertal av aktörerna i offentlig sektor har gemensamma intressen som kan stärkas av att gemensamt realisera *Ett samlat hälsoutbud*. Denna del av kartläggningen beskriver och ger

förståelse till den kontexten genom en samling av citat från olika styrdokument. En uppdelning av de olika aktörerna kan ses i Figur 9, och fler detaljer i Bilaga 2.

Skånes kommuner, tidigare Kommunförbundet Skåne, är en sammanslutning av Skånes alla 33 kommuner. I sina styrdokument beskriver man en plan att utveckla samverkan både mellan skånska kommuner samt mellan kommunerna och Region Skåne med syfte att effektivisera resursanvändning och förbättra kvaliteten för den enskilda. För att göra detta beskriver man gemensamma vårdformer, förebyggande insatser för riskgrupper och gemensamma strategier för att kunna identifiera personer i riskgrupp för att utveckla ett omfattande vårdbehov (Mårtenson, 2021). Man vill i längden verka för att hälsofrämjande synsätt ska genomsyra parternas verksamheter (Kommunförbundet Skåne, 2016) Ett resultat man vill uppnå är också en ökad digitalisering inom området hälsa, där tex systemutveckling och systemförvaltning av gemensamma system utpekade som en viktig del (Skånes kommuner, 2021). Man jobbar också med stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård (Mårtenson, 2021). Förbundet har en vilja att jobba i gränssnitten och koordinera på en strategisk nivå (Mårtenson, 2021).

Kommunerna bedriver en stor och bred verksamhet kopplad till hälsa. De tjänstepersoner som vi har samtalat med pekar på ett problem att samordna sig runt hälsofrågor inom sin egen kommun. Man styrs mestadels av politiska styrdokument och för att börja jobba aktivt med ett samlat hälsoutbud behöver detta beslutas på politisk nivå i varje kommun.

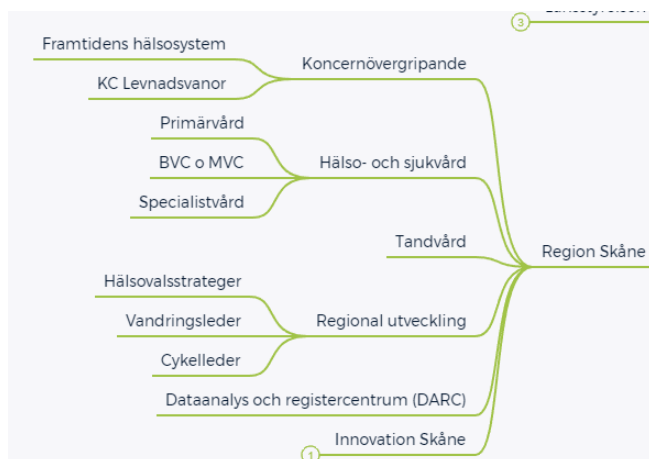
De delar av olika kommuners verksamhet som har varit del i kartläggningen har varit, vård- och omsorgsverksamhet, fritidsverksamhet samt folkhälsofrågor. Inom fritidsverksamheter delar de flesta kommuner ut lokalt aktivitetsstöd till idrottsföreningar. Lokalt aktivitetsstöd är en ersättning som betalas ut från kommunen till idrottsföreningar baserat på hur man aktiviteter och deltagare de har i åldern 6-25 år.

Länsstyrelsen, som arbetar på uppdrag av regeringen, bedriver olika verksamheter som relaterar till *Ett samlat hälsoutbud*. Identifierat under denna förstudie är verksamhet som riktar sig till nyanlända med utbildningar och introduktion till det svenska samhället (MILSA), arbete kring friluftsliv (Länsstyrelsen Skåne, u.d.) och kring hälsofrågor. Inom ramen för sitt friluftsinriktade arbete hittar vi vandringsleder, naturum och information till allmänheten om tex Allemansrätten.

MILSA är en forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa, med flera aktörer från olika sektorer, idéburen sektor, Arbetsförmedling, kommuner och hälso- och sjukvård. Initiativet är på regional nivå i Skåne en del av Partnerskap Skåne och den regionala överenskommelsen (RÖK) om utveckling av samverkan kring etablering av asylsökande, nyanlända flyktingar och andra invandrare i Skåne (Malmö högskola, 2015). Arbetet är kopplat till länsstyrelsernas uppdrag att stödja och följa upp kommunernas arbete med samhällsorientering riktad till asylsökande och nyanlända, länsstyrelsernas uppdrag med samordning av tidiga insatser för asylsökande och nyanlända samt utvecklingsarbetet inom migration och hälsa (Socialdepartementet, S2020/01042/FS). Inom arbete med nyanlända (MILSA) så har det framgått att nyanlända personer ofta har god självskattad hälsa, men saknar tillräcklig kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (Zdravkovic, Grahn, & Björngren Cuadra, 2016). Under 2020 har Länsstyrelsen i Skåne haft ett uppdrag att sprida de delar som rör psykisk hälsa i utbildningsplattformen (Socialdepartementet, S2020/01042/FS) och efter det har man fått ytterligare uppdrag att utveckla området runt psykisk hälsa (Socialdepartementet, S2021/01536).

Region Skåne:

Region Skåne är uppdelat i flera olika verksamhetsområden som alla har ett mål att samhället ska bli mer proaktivt för hälsa i stället för reaktivt på ohälsa. En förenklad bild av de olika delarna syns i Figur 10.



Figur 10 Förenklad organisationskarta över Region Skåne och delar relevanta för Ett samlat hälsoutbud.

Detta syns tex i den målbild och färdplan för framtidens hälsosystem som regionfullmäktige beslutat om (Regionfullmäktige Region Skåne, 2020). Färdplanen beskriver målbilden "Bättre hälsa för fler". Detta jobbar regionen med inom initiativet Framtidens hälsosystem, där insatsområdet Bättre liv och hälsa för fler är det starkast relaterat till Ett samlat hälsoutbud. Här tas tex frågor om ohälsosamma levnadsvanor, jämlik sekundärprevention och riktade hälsosamtal upp (Region Skåne, 2021).

Inom Framtidens hälsosystem ingår viljeinriktningen "Hälsofrämjande och förebyggande insatser", inom detta område vill man jobba med strukturella

förutsättningar för jämlika och långsiktigt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Insatser som görs tillsammans med invånare och relevanta samhällsaktörer och skapar förutsättningar för förbättrade livsvillkor och levnadsvanor. Anledningen till detta säger man är att Hälsans bestämningsfaktorer finns till stor del utanför hälso- och sjukvården (Region Skåne, 2020).

Genom Framtidens hälsosystem vill Region Skåne:

"skapa goda förutsättningar för förbättrade livsvillkor och levnadsvanor samt möjliggöra för invånarna att ta ansvar för sin egen hälsa". (Region Skåne, 2020)

Ett **samverkansinitiativ** mellan Region Skåne, Länsstyrelsen Skåne och Miljösamverkan Skåne är Samverkansplattform hälsofrämjande samhällsplanering. (Region Skåne, 2019). Syftet är tvärssektoriell samverkan mellan professionerna i planering, miljömedicin, miljö, social hållbarhet och folkhälsa för att skapa nya vägar för kunskapsutbyte.

Kartläggning av liknande initiativ

I detta kapitel presenteras en kartläggning av andra initiativ som på något sätt liknar det samlade hälsoutbudet. Fokus i kartläggningen låg på frågor som rör *Evidensbasering och kvalitetssäkring, Effektmätning och uppföljning, Ägarskap, Organisering, Förvaltning* samt *Finansiering*. Först beskrivs varje initiativ var för sig och avslutningsvis sammanfattas de ämnesområden som varit i fokus.

Följande initiativ identifierades som intressanta och beskrivs nedan:

- *Digital aktivitetskatalog VGR*
- *Digital plattform för psykisk hälsa*
- *Health Integrator*
- *Livsstilsverktyget*
- *I Love Lund* (investeringsplattform)
- *RF-SISU Skåne*
- *Fritidsbanken*
- *FaR-katalogen Skåne*
- *Fysisk aktivitet på recept*
- *Generation PEP*
- *Social prescribing*
- *Collective Impact Husby*

Beskrivning av initiativen

Digital aktivitetskatalog VGR. Den digitala aktivitetskatalogen syftar till att underlätta för invånare i Västra Götalandsregionen att själva hitta fysiska aktiviteter utifrån intresse. Den prototyp som finns idag beskriver en webbaserad plattform där användare kan söka aktiviteter utifrån intresseområde, geografiskt område, tidpunkt och förmåga (ålder, aktivitetsnivå, funktionshinder, och gruppsammansättning). Prototypen togs fram inom ett projekt utfört av RISE i samverkan med Västra Götalandsregionen. För att kartlägga erfarenheterna från projektet förde vi samtal med Jessica Dagman (projektledare, RISE) och Aslak Felin (en av initiativtagarna till projektet, RISE).

Digital plattform för psykisk hälsa. Den digitala plattformen för psykisk hälsa syftar till att erbjuda tjänster som främjar den psykiska hälsan bland unga. Idén med plattformen var dels att erbjuda en samling vetenskapligt uppbackade råd, dels att erbjuda tjänster som matchar individuella behov av betydelse för den psykiska hälsan hos befolkningen. En prototyp för plattformen togs fram under ett projekt utfört av RISE i samverkan med Region Stockholm. För att kartlägga erfarenheterna från projektet förde vi samtal med Jessica Dagman (projektledare, RISE) och Camilla Evensson (RISE). I dagsläget har finansiering av implementeringen av den digitala aktivitetskatalogen inte tagits fram. Projektgruppens IT-avdelning har gjort en uppskattning av kostnaden för att utveckla den digitala aktivitetskatalogen, men saknar politiskt beslut om finansiering.

Health Integrator. Health Integrator är ett projekt som ämnar minska insjuknandet i sjukdomar som kan förebyggas med hjälp av förändrade levnadsvanor, såsom typ-2 diabetes. För att uppnå de efterfrågade hälsoeffekterna utför kunden inledningsvis digitala samtal med en hälsocoach där de tillsammans tar fram en hälsoprofil som baseras på självskattningar och kompletterande hälsoindikatorer, såsom blodvärden. Utifrån denna hälsoprofil tar kunden och hälsocoachen tillsammans fram personliga mål för att uppnå en förbättrad hälsa, som i sin tur kan uppnås med hjälp av de aktiviteter som finns på plattformens marknadsplats (innehållande en form av samlat hälsoutbud). För att kartlägga erfarenheterna från projektet förde vi samtal med Fredrik Söder (VD) och Cecilia Wallner (CCO).

Livsstilsverktyget. Livsstilsverktyget är ett forskningsbaserat verktyg med målet att förbättra människors levnadsvanor samt att bibehålla dessa förändringar över tid (Göteborgs universitet, 2022). Sett till verktygets innehåll förser det användarna med informativa texter, inspirerande aktiviteter och öppna frågor för att sprida den senaste kunskapen samt sporra och inspirera användaren att prioritera sin egen hälsa. Verktyget rekommenderas att användas ca 10–15 minuter varannan vecka. Livsstilsverktyget är även en del av en forskningsstudie, där det bland annat framkommit att reflektioner kring ens egen hälsa och rutiner är bidragande till att förändra och bibehålla goda levnadsvanor. *Livsstilsverktyget* förvaltas idag av Göteborgs Universitet och drivs som ett forskningsprojekt med forskningsanslag.

I Love Lund. I love Lund är ett investeringsbolag som realiserar en investeringsplattform. Idén med bolaget är att alla ska få möjlighet att investera lätt och tryggt i Lunds lokala näringsliv med en god avkastning (I Love Lund, 2021). Bolaget är ett investmentbolag som investerar med ett tydligt fokus på onoterade start-ups och scale-ups med långsiktiga perspektiv.

RF-SISU Skåne. RF-SISU Skåne är Riksidrottsförbundets och SISU Riks regionala företrädare och har som uppdrag att leda, stödja, företräda, utveckla och utbilda idrottsföreningar och specialdistriktsförbund (RF-SISU, u.d.). Arbetet leds av en distriktsstyrelse som utses på en distriktsstämma, som äger rum vartannat år. RF-SISU Distrikt arbetar utifrån idrottsrörelsens övergripande idéprogram *Idrotten Vill* och idrottsrörelsens gemensamma förändringsarbete, *Strategi 2025*. Idrotten Vill syftar till att föreningars och förbunds verksamheter ska bygga på idrottens värdegrund: glädje och gemenskap, demokrati och delaktighet, allas rätt att vara med, samt rent spel. Vidare är målet med Strategi 2025 att alla, oavsett ålder och ambitionsnivå, ska

ha möjligheten att idrotta i förening under hela livet. RF-SISU driver, på uppdrag av Region Skåne, en katalog för fysisk aktivitet (FaR katalogen som beskrivs nedan).

Finansieringen av RF-SISU Skåne kommer i huvudsak av staten (ca 60%), följt av Region Skåne samt kommuner i Skåne. Även mindre stöd från stiftelser och sponsorer förekommer. Medlemsföreningarna inom RF-SISU har lokalt aktivitetsstöd som en viktig inkomstkälla. Det lokala aktivitetsstödet är ämnat för gruppaktivitet, vilket missgynnar idrotter utan tydlig gruppleddare för aktiviteten samt spontanidrott. Vidare använder sig medlemsföreningarna ofta av gränsrotsfinansiering och sponsorer när det kommer till deras finansiering. Sammantaget har därmed olika idrotter olika ekonomiska förutsättningar.

En viktig del av *Ett samlat hälsoutbud* är ideella föreningar och här är troligen behovet av en plattform inte så stort. En viktig förutsättning för att föreningar ska kunna delta är att allting är väldigt enkelt, troligen kommer föreningar inte ens en gång om året uppdatera information.

Fritidsbanken. Fritidsbanken är ett bibliotekslänkande initiativ som lånar ut sport- och fritidsprylar för att bidra till en aktivare fritid (Fritidsbanken, u.d.). Fritidsbanken är en ideell, nationell förening där huvudmännen som driver de lokala fritidsbankerna är medlemmar i den nationella föreningen. Värt att notera är att fritidsbankerna kan drivas i olika former. Oftast kommer finansieringen av verksamheten från kommunen, samtidigt som det finns ett brett samarbete och engagemang från andra parter, såsom lokala idrottsföreningar, Svenska Kyrkan eller Rädda Barnen (Tekie, Røyne, Andersson, & Ernström, 2020).

FaR-katalogen är en tjänst hos RF-SISU vars syfte är att stimulera till ökad fysisk aktivitet genom att sammanställa en katalog med olika aktörers aktiviteter för att möjliggöra att ordinera fysisk aktivitet på recept, på motsvarande sätt som läkemedel. I katalogen finns information kring tillgängliga aktiviteter som anordnas av föreningar och andra aktörer inom en kommun, vilken typ av aktivitet det är och intensitetsnivån på aktiviteten. Vidare finns det i katalogen möjlighet att hitta aktiviteter att göra på egen hand. Det kan vara tips på platser att vara aktiv på såsom exempelvis utegym eller Skåneleden. FaR-katalogen tar emot och godkänner nya ansökningar från aktörer som vill ansluta sig till FaR, och utöver rekryteringen så bistår de med att utbilda föreningar som vill ingå i databasen.

Fysisk aktivitet på recept. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en icke-medicinsk arbetsmetod som syftar till att förbättra människors hälsa och kan förskrivas av legitimerad vårdpersonal (FYSS, u.d.). Kort sammanfattat ger vårdpersonalen – utifrån vårdtagarens specifika behov – förslag på fysiska aktiviteter som kan leda till en förbättrad hälsa. Vanligast är att arbetet med FaR bygger på en samverkan mellan förskrivare och friskvårdorganisationer där hänsyn tas till de lokala förutsättningarna, vilket gör att arbetsmodellerna kan skilja sig åt i olika delar av landet. Regionen har beslutsrätt om vilken arbetsmetod som används för FaR i den egna regionen. Finansiering kopplad till Fysisk aktivitet på Recept (FaR) i Skåne rör endast driften i form av att regionen finansierar den tjänst hos RF-SISU som tar emot och godkänner nya ansökningar från aktörer som vill ansluta sig till FaR.

Generation PEP. Generation Pep arbetar utifrån visionen att alla barn och ungdomar i Sverige ska kunna och vilja leva ett aktivt och hälsosamt liv (Generation Pep, u.d.). Initiativet har valt att ta ett brett grepp på frågan om barn och ungdomars hälsa och menar att flera sektorer i samhället måste samverka för att förändring ska uppnås. Vad gäller organisering och finansiering möjliggörs verksamheten av deras *founding partners* (som är finansörer och medgrundare), *kunskapspartners* (som bidrar med expertis och granskning av initiativförfrågningar) och 'supporting partners' (som bidrar med expertis och pro bono-arbete).

Social prescribing. Social prescribing är ett engelskt initiativ med syftet att på icke-medicinsk väg förbättra människors hälsa och välmående (Polley, Fleming, Anfilogoff, & Carpenter, 2017). Kort sammanfattat går modellen ut på att personer som söker vård i vanlig ordning kommer i kontakt med primärvården där de möter vårdpersonal. Därefter kan vårdpersonalen – ifall de anser det vara lämpligt – föra personen som söker

vård vidare till en så kallad *link worker*. En *link worker* har koll på det lokala utbudet av aktiviteter och har som uppgift att matcha ihop personen som söker vård med en passande social aktivitet. Angående aktiviteterna varierar dessa beroende på platsen och det lokala utbudet, men aktiviteter som kan förekomma är promenadgrupper, aktiviteter i naturen, museibesök, yoga, etc. Det finns evidens som föreslår att social prescribing kan vara ett effektivt sätt att minska bland annat sjukhusinläggningar och allmänna vårdbesök (Polley & Pilkington, 2017).

Collective impact Husby – Collective impact är en samverkansstruktur där olika aktörer samarbetar mot ett gemensamt syfte och mål definierat utifrån behov hos medborgare (RISE, u.d.). Samverkansformen behandlar ofta komplexa problem där enskilda aktörer inte förmår att åstadkomma nödvändig samhällsförändring. Det unika med Collective Impact är den starka medborgarförankringen och de gränsöverskridande kollektiva satsningarna. Uppföljning och dataanalys är en viktig del av samverkansformen för att kunna säkerställa att samverkan bidrar till långsiktig förändring i rätt riktning. Collective Impact Husby är ett exempel på ett initiativ i svensk kontext som verkar för ökad hälsa och välbefinnande bland boende i Husby. Projektet drivs av Folkets Husby med stöd av RISE, och utgörs därutöver av aktörerna BK Järva, Husby FF, Järvaskolan, Rädda Barnen, Stadsmissionen och Galdem A Talk.

RFSU – Riksförbundet för sexuell upplysning. För RFSU är sexualiteten politisk och en fråga om folkhälsa och välfärd. Det handlar om människors hälsa, välbefinnande och lust genom hela livet. Arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR.

Nedan rapporteras samlade lärdomar och insikter från de olika initiativen i kartläggningen sammanfattade under respektive ämne; *Evidensbaserings och kvalitetssäkring, Effektmätning och uppföljning, Ägarskap och Organisering*.

Evidensbaserings och kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring av tjänster på en hälsoutbudsplattform handlar delvis om att försäkra att aktiviteterna som erbjuds ger önskad effekt. Viktigt är också att ägarna till, och användarna av, en hälsoutbudsplattform känner sig trygga med tjänsterna som erbjuds och att dessa är kvalitetssäkrade även i andra avseenden. Personer som brukar plattformen ska alltså kunna söka upp samtliga aktiviteter som presenteras och känna att dessa är säkra och pålitliga.

Ett alternativ för att inte fastna i den komplexa och tidskrävande kvalitetssäkringsfrågan, som rekommenderades utifrån erfarenheterna från projektet inom VGR, är att till en början rikta in sig på aktiviteter som redan erbjuds på befintliga plattformar. Här går det att göra en kartläggning för att plocka upp erkända och säkra aktiviteter som regionen eller kommunerna redan rekommenderar, vilket gör det möjligt att snabbt och smidigt bygga upp ett initialt utbud av kvalitetssäkrade aktiviteter. Detta initiala hälsoutbud kan utgöra en stomme som sedan byggs på succesivt i och med att arbetet fortskrider.

Att en insats ger önskad effekt behöver också beläggas med någon form av evidens. En erfarenhet som framkom under kartläggningssamtalen var att det finns ytterst få verksamheter runt om i landet som redovisar evidens för de fysiska aktiviteter som erbjuds. Det kan därför bli problematiskt att ställa alltför rigida evidenskrav i utvecklingen av en hälsoutbudsplattform, då detta kraftigt skulle begränsa aktivitetsutbudet.

Ett sätt att ta sig an evidensproblematiken är att hantera frågan på ett mer övergripande sätt. I fallet fysisk aktivitet vet vi exempelvis att det finns stark evidens bakom påståendet att motion har positiva hälsoeffekter, se exempelvis se exempelvis (WHO, 2018) och (McKinney, o.a., 2016). Således går det – i stället för att kräva att samtliga aktiviteter på plattformen beläggs med evidens – att utgå från mer allmänna evidensbaserade riktlinjer, såsom WHO:s råd kring stillasittande och fysisk aktivitet (WHO, 2020). I arbetet med *Digital plattform för fysisk aktivitet VGR* ansågs exempelvis att en förändring av dessa beteenden var en bra bit på vägen, och valde därför att inte kräva evidensbaserings av specifika aktiviteter. En grundläggande tanke var att om de

lyckades få upp de personer som sitter i soffan och få dem att aktivera sig mer än vad de gjorde initialt, skulle detta få stora hälsoeffekter på samhällsnivå. Detta resonemang kan ses utifrån logiken i den preventiva paradoxen, som menar att om många människor med låg till måttlig risk förändrar sina levnadsvanor lite, får detta större positiva folkhälsoeffekter än om få människor med hög risk ändrar sina levnadsvanor mycket (Region Skåne, 2021).

Om man likväl vill ställa mer rigida evidenskrav på de aktiviteter som presenteras är en möjlighet att utnyttja katalogen för fysisk aktivitet på recept, som redan idag finns i regionen. Innehållet i katalogen har evidenskrav och kan således användas för att hänvisa användare till evidensbelagda aktiviteter. Ett alternativ är att ge plattformens användare möjligheten att kryssa i FAR om de endast vill komma åt de aktörer som är anslutna till tjänsten.

En annan syn på evidensbaserad och kvalitetsssäkring framkom under samtalet med Health Integrator, som släpper igenom kända aktörer och kollar upp mindre aktörer "bolagsmässigt" för att göra en bedömning om de verkar vara en seriös aktör. Vidare pratar de om att använda AI och låta användarna med tiden sälla ut det som är mest uppskattat och ger "bäst effekt" enligt icke-uttalade mätvärden. Det innebär att de initialt inte kräver någon specifik evidens kring en aktivitet för att den ska tillåtas som en del av utbudet.

Effektmätning och uppföljning

I arbetet med den digitala aktivitetskatalogen för VGR togs en effektlogik fram, bland annat innehållande en redogörelse för relevanta datakällor och indikatorer som kan användas vid effektmätning. Datakällorna som identifierades i projektet var; Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten), Hälsoläget VGR, PrimärvårdsKvalitet, Förskrivning FaR, samt den egna plattformen. De externa datakällorna användes för uppföljning av förändrade levnadsvanor och hälsoutfall, medan den egna plattformen användes för uppföljning av utfall kopplade till användandet av aktivitetskatalogen.

Ett annat sätt att angripa frågan om uppföljning och effektmätning framkom i samtalet med Health Integrator. Istället för att följa upp effekterna på populationsnivå låg deras fokus på att använda sig av intern användarinformation för att utvärdera hur användarna reagerade på olika aktiviteter. Tanken var att i framtiden utveckla ett datadrivet valideringssystem där aktiviteterna som erbjuds baseras på användarens specifika hälsoprofil. Om person X fått ett bra resultat av en specifik kombination tjänster kan person Y, med en likande profil som person X, få liknande rekommendationer av tjänster. På så sätt uppnås en bra matchning mellan de profiler som finns och utbudet som presenteras.

Ägarskap

En insikt som framkom under projektet Digital plattform för fysisk aktivitet VGR var att det måste finnas ett fungerande uppdelning av ansvarsområden mellan kommuner och regioner. En potentiell ansvarsfördelning är att kommunerna sköter utbudet på plattformen, då regionerna befinner sig långt ifrån den lokala omgivningen vilket försvårar deras möjlighet att hålla sig uppdaterade kring lokala aktiviteter och föreningar.

Ett sätt att se på det är att det måste finnas en fungerande 'governance model' som upprätthåller utbudet. Utifrån erfarenheter från initiativen Digital aktivitetskatalog VGR och Digital plattform för psykisk hälsa är ett förslag att lägga till en specifik roll (en typ av moderator) för att få det hela att fungera. På regional nivå finns det ofta en roll eller ett centrum för fysisk aktivitet där någon upprätthåller aktivitetskatalogen, som idag ofta existerar i pappersform. Dock fungerar inte alltid denna roll på ett önskvärt sätt eftersom det inte till fullo framgår vad personen ansvarar för eller vad personen bör ha för kompetens. En lösning på detta problem kan vara att tillsätta en deltjänst på kommunnivå som ansvarar för det lokala hälsoutbudet. Denna person måste ha koll på kommunrelaterade frågor, såsom frågan om utbudet av lokala aktiviteter, men också ha koll på vad som händer i samhället (ex. prata med föreningar). För att gå vidare med denna idé kan den testas på en stadsdel genom att sätta upp ett hälsoutbud och se till att det underhålls.

I samtalet med Anders Rosengren och *Livsstilsverktyget* togs frågan om samhällsinsatser, t ex tillgång till rekreationsområden, upp. Vi talade om att detta är viktigt, men då livsstilsverktyget har syftet att möjliggöra livsstilsförändringar för individer var inte samhällsinsatser något som man jobbat med. Dock har man sett ett behov hos företag och fackförbund, att jobba med dessa frågor tillsammans med sina anställda och medlemmar. Då skulle Livsstilsverktyget kunna användas för att stärka de anställda när de jobbar med sina levnadsvanor.

Organisering

För att hitta nyckeln till att långvarig beteendeförändring krävs det att systemet designas för att stötta denna förändring på bästa sätt. Att endast *hitta* aktiviteter kommer inte hjälpa människor som inte rört på sig förut, utan saker måste hänga ihop i ett större system. En insikt från arbetet med Digital aktivitetskatalog VGR var att det är enkelt att skapa en plattform, men att plattformen inte kommer att leva av sig själv. För att tjänsten ska vara framgångsrik måste den integreras i befintliga system (exempelvis inom sjukvården, skolväsendet, hälsolivsforskarens arbete, kommunarbete, eller i andra relevanta forum). Om alla dessa aktörer känner till plattformen och integrerar den i sin dagliga verksamhet är det möjligt att den får en annan typ av effekt än om den är fristående. I arbetet med Digital aktivitetskatalog VGR upplevdes det att ingångarna fanns där, men att det hade behövts en typ av internutbildning på arbetsplatser för göra tjänsten till en del av verksamheten. Exempelvis hade socialsekreterare kunnat informeras om tjänsten för att erbjuda den till folk som söker sig dit. Sammanfattningsvis tenderar folk att ha stor tilltro till att digitala lösningar själva ska åtgärda problem, samtidigt som integreringen av den digitala lösningen i samhället förbises.

En annan aspekt som är värd att beakta är den potentiella barriär som finns mellan användare och aktiviteter. Om personer genomgått riktade hälsosamtal är det möjligt att de ökat sin häslitteracitet och skapat en typ av potential eller energi. Dock måste denna energi riktas någonstans och det är således centralt att inte skapa för många barriärer som ökar risken att människor inte omvandlar energin till handling. Därav får det inte vara svårt att navigera sig, förstå och få ett avslut inom tjänsten. En möjlig åtgärd är att ha något inslag av personifiering, där man tar reda på vilka förutsättningar individer har och anpassar sig till denna information. Om detta sker kan tröskeln för användarna att ta sig till aktiviteterna sänkas.

Vid flera tillfällen har ökad dialog mellan samhällsaktörer lyfts fram som en nyckelfaktor för att lyckas skapa ett samlat hälsoutbud. Explicita behov som har lyfts fram är listade nedan. Behoven har bekräftats av mer än en aktör, samtidigt vet vi inte i vilken utsträckning de är allmängiltiga.

- Dialog med kommuner (från RF-SISU)
- Det är viktigt att samarbeta med civilsamhällsaktörer (en person på Region Skåne, som jobbade med civilsamhällesaktörer)
- Region Skånes grafiska profil, tekniska möjligheter med mera inte är tillräckligt attraktiva för att kunna beskriva ett samlat hälsoutbud och att man behöver komma utanför detta för att nå en bred allmänhet

Kartläggning om att mäta effekter

Det här kapitlet beskriver hur effekter av folkhälsoarbete kopplat till *Ett samlat hälsoutbud* kan följas. Först kommer en kartläggning av öppna datakällor och sedan beskrivs arbetet in Region Skåne för att följa de riktade hälsosamtalen.

Öppna, befintliga datakällor

För att möjliggöra en uppföljning och effektmätning av ett samlat hälsoutbud identifierades flera öppna datakällor, se Tabell 1.

Tabell 1 Datakällor för information om folkhälsa

Databas	Beskrivning
Hälsa på lika villkor	Region Skånes folkhälsoenkät
Primärvårds kvalitet	Kvalitetsregister med uppgifter från primärvården
Kolada	Databas med kommun- och regionbaserad data. Drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA, en ideell förening som bildats i samarbete mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Syftet är att underlätta uppföljning och analys av olika verksamheter i kommuner och regioner
Kvalitetsregister för hälsosamtalen	

I datakällorna har indikatorer som relaterar till hälsa och levnadsvanor identifierats. Indikatorerna kan användas för uppföljning och effektmätning av *Ett samlat hälsoutbud* och har granskats med avseende på dess definition och evidens.

I Tabell 2 visas indikatorer tagna från Region Skånes folkhälsoenkät samt en utvärdering av dess typ och relevans för *Ett samlat hälsoutbud*. Den samlade bedömningen resulterade i en rekommendation om inkludering eller exkludering. I flertalet fall har rekommendationer från Folkhälsomyndigheten legat till grund för vår bedömning av evidensläget, medan det i andra fall har använts andra källor. Värt att notera är att Region Skåne hittills utfört sin folkhälsoenkät i egen regi, men planerar att gå över till Folkhälsomyndighetens undersökning Hälsa på lika villkor under 2022 (Region Skåne, 2020). Likväl kommer det gå att följa upp merparten av de regionalt framtagna frågorna som ställdes 2019 genom en regional tilläggsmodul.

I Tabell 3 redovisas relevanta indikatorer identifierade i kvalitetsregistret PrimärvårdsKvalitet. Dessa indikatorer har dels valts ut eftersom de tillför information som inte finns tillgänglig i Region Skånes folkhälsoenkät, dels för att de förser oss med information om faktiska diagnoser snarare än självrapporterade hälsoskattningar.

Vidare presenteras indikatorer hämtade från Kolada i Tabell 4. Dessa indikatorer rör – till skillnad från resterande indikatorer – inte hälsoutfall eller levnadsvanor, utan de förutsättningar som finns för hälsosamt leverne och en bra hälsa. Vid ett uppföljningsarbete är det relevant att ta områdets förutsättningar i beaktande för att få en ökad förståelse för de omständigheter som påverkar människors hälsa och levnadsvanor.

Tabell 2 Indikatorer identifierade från Region Skånes folkhälsoenkät/Hälsa på lika villkor

Indikator	Typ	Relevans	Inkludering
Andel med bra självskattad hälsa	Självskattad hälsa	'Bra självskattad hälsa' betecknar de som angett ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. Självskattad hälsa har visat sig vara kopplat till andra hälsoutfall och används i den nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten, 2018).	Ja
Andel med psykiskt nedsatt välbefinnande (GHQ-5)	Självskattad hälsa	Frågorna handlar om man känt sig olycklig och nedstämd, förlorat tron på sig själv, känt sig spänd, tyckt man varit värdelös samt inte kunnat klara sina problem. Minst 2 jakande svar krävs för att kategoriseras som 'nedsatt'. GHQ-5 är ett etablerat mätinstrument som används av Folkhälsomyndigheten (2018).	Ja

Andel med lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest	Självskattad hälsa	Kategorisering framgår. Det finns ingen klar definition av psykisk ohälsa. En aspekt av begreppet är problem med ångslan, oro eller ångest, vilket kan komplettera andra mått på psykisk ohälsa. Indikatorn används i den nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten, 2018).	Ja
Andel som angett att de för närvarande känner sig ganska eller mycket stressade	Självskattad hälsa	Kategorisering framgår. Forskning indikerar att det finns en koppling mellan stress och utveckling av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och muskuloskeletala besvär (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det finns även forskning som tyder på att stress är relaterat till fysisk aktivitet (Fleshner, 2005).	Ja
Andel med lätta eller svåra sömnbesvär	Självskattad hälsa	Kategorisering framgår. Sömn är en vedertagen hälsoaspekt som visat sig vara kopplad till bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och psykisk ohälsa (Region Skåne, 2020). Forskning indikerar även att det finns en association mellan fysisk aktivitet och sömnproblem (Kredlow, Capozzoli, Hearon, Calkins, & Otto, 2015).	Ja
Andel som fått diagnosen depression av läkare det senaste året	Förekomst av sjukdom	Kategorisering framgår. Depression är en av de vanligast förekommande psykiska diagnoserna i världen (Region Skåne, 2020). Forskning indikerar att fysisk aktivitet kan motverka depression (Dinas, Koutedakis, & Flouris, 2010).	Ja
Andel med diabetes	Förekomst av sjukdom	Kategorisering framgår. Det finns en koppling mellan diabetes typ-2 och levnadsvanor (Vårdguiden 1177, 2022). Dock gör indikatorn ingen distinktion mellan diabetes typ 1 och typ 2. Eftersom diagnostiserad diabetes är möjlig att mäta (se PrimärvårdsKvalitet) föredras denna indikator framför självrapport.	Nej
Andel med högt blodtryck	Självskattad hälsa	Högt blodtryck innebär bland annat en ökad risk för stroke, hjärtsvikt och hjärtinfarkt (Region Skåne, 2020). Dessutom finns samband mellan högt blodtryck och faktorer som fetma, stress, ohälsosam kost, fysisk inaktivitet och alkoholkonsumtion (Berglund, Engström-Laurent, Lindgren, & Lindholm, 2006). Fysisk aktivitet kan minska högt blodtryck (Hegde & Solomon, 2015). Diagnos bör dock prioriteras framför självrapporterat blodtryck (se PrimärvårdsKvalitet).	Nej
Andel med lätta eller svåra besvär av ryggsmärta	Självskattad hälsa	Kategorisering framgår. Ryggsmärta är en vanligt förekommande åkomma och finns i alla åldrar (Hartvigsen, o.a., 2018). Dock är evidensen oklar när det kommer till effekten av fysisk aktivitet på ryggsmärta – fysisk aktivitet verkar ha olika effekter på ryggsmärta beroende på vilken typ av aktivitet som utförs (Heneweere, Staes, Aufdemkampe, van Rijn, & Vanhees, 2011).	Nej
Andel med lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän	Självskattad hälsa	Kategorisering framgår. Det finns forskning som antyder att fysisk aktivitet kan minska förekomsten av migrän och huvudvärk (Varkey, Hagen, Zwart, & Linde, 2008).	Ja?
Andel med långvarig sjukdom	Självskattad hälsa	Indikatorn betecknar de som anser att något av följande stämmer: förekomst av långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem? Många sjukdomar (däribland långvariga sjukdomar) beror på levnadsvanor (Durstine, Gordon, Wang, & Luo, 2013).	Ja
Andel med övervikt	Självskattad hälsa	Baseras på självrapporterad längd och vikt. BMI mellan 25–29,9 indikerar övervikt. Övervikt och framför allt fetma är riskfaktorer för en rad olika sjukdomar, däribland typ 2-diabetes, högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, muskuloskeletala sjukdomar, vissa former av cancer, samt en ökad risk för förtida död (Region Skåne, 2020). Osunda levnadsvanor kan leda till övervikt.	Ja
Andel med fetma	Självskattad hälsa	Baseras på självrapporterad längd och vikt. Ett BMI på 30 eller högre indikerar fetma. För bedömning av relevans, se resonemang om övervikt.	Ja
Andel som uppnår 150 minuter fysisk aktivitet per vecka	Självskattade levnadsvanor	Kategorisering framgår. Fysisk aktivitet påverkar vår hälsa och 150 min är en gränsdragning som rekommenderas av FHM (Folkhälsomyndigheten, 2018).	Ja
Andel som är stillasittande minst 10 timmar om dagen	Självskattade levnadsvanor	Kategorisering framgår. För mycket stillasittande har negativa hälsoeffekter och 10 timmar är en gränsdragning som rekommenderas av FHM (Folkhälsomyndigheten, 2018).	Ja
Andel med lågt intag av frukt och grönt	Självskattade levnadsvanor	Baseras på frågan "hur ofta äter du frukt/grönsaker/bär/rotfrukter?". Gränsen för 'lågt intag' går vid max 1,3 gånger per dag, vilket är den gränsdragning som används av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2018). Lågt intag kan innebära en risk för att utveckla flertalet sjukdomar (Region Skåne, 2020).	Ja
Andel dagligrökare	Självskattade levnadsvanor	Kategorisering framgår. Rökning påverkar människors hälsa negativt och leder till en ökad risk för att utveckla flertalet sjukdomar (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).	Ja
Andel som snusar dagligen	Självskattade levnadsvanor	Kategorisering framgår. Snusning har negativa hälsoeffekter och har bland annat visat sig höja blodtrycket och minska blodkärlets förmåga att vidgas (Folkhälsomyndigheten, 2020).	Ja
Andel riskkonsumenter av alkohol	Självskattade levnadsvanor	Indikatorn baserat på ett index utifrån 3 frågor som rör frekvens och mängd alkohol som konsumerats det senaste året. Erkänd koppling mellan hög alkoholkonsumtion och hälsa (GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018). FHM:s gränsdragningar används.	Ja

Andel med lågt socialt deltagande	Självskattade levnadsvanor	Har du besökt/deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna? En lång rad olika aktiviteter listades. Svarande som angav max en aktivitet ansågs ha lågt socialt deltagande. Ett av målen med ett samlat hälsoutbud är att underlätta för människor att delta i aktiviteter, vilket gör indikatorn relevant för uppföljning.	Ja
Ansamling riskfaktorer kopplade till levnadsvanor, ingen risk	Självskattade levnadsvanor	Index bestående av: daglig rökning, otillräcklig fysisk aktivitet, lågt intag frukt/grönt, fetma, riskkonsumtion av alkohol. Vedertagna riskfaktorer (se resonemang för varje enskild indikator) och därav av intresse att undersöka andelen utan riskfaktorer.	Ja

Tabell 3 Indikatorer identifierade från PrimärvårdsKvalitet

Indikator	Typ	Relevans	Inkludering
Förekomst av diagnos kranskärlssjukdom	Hälsa	Andel av listade befolkning som har fått diagnos kranskärlssjukdom någon gång de senaste 5 åren. Kranskärlssjukdom utgör en allvarlig hälsorisk och beror delvis på fysisk aktivitet (Winzer, Woitek, & Linke, 2018).	Ja
Andel patienter med kronisk sjukdom som fortfarande har otillräcklig fysisk aktivitet efter rådgivning	Hälsa	Andelen personer med kronisk sjukdom och otillräcklig fysisk aktivitet (<150 aktivitetsminuter/vecka) som efter rådgivning de senaste 18 månaderna fortfarande har otillräcklig fysisk aktivitet enligt journaluppgift. Ett av syftena med ett samlat hälsoutbud är att underlätta för människor att delta i aktiviteter och öka sin fysiska aktivitet, därav är indikatorn relevant att följa upp. Gränsdragningen vid 150 minuter i veckan används av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2018).	Ja
Förekomst av diagnos diabetes	Hälsa	Andel av listade befolkning som har fått diagnos diabetes någon gång de senaste 5 åren. Det finns en koppling mellan diabetes typ-2 och levnadsvanor (Vårdguiden 1177, 2022). Dock gör indikatorn ingen distinktion mellan diabetes typ 1 och typ. Eftersom ingen indikator hittats för endast diabetes typ 2 bör den samlade indikatorn likväl inkluderas.	Ja
Förekomst av diagnos hypertoni (högt blodtryck)	Hälsa	Andel av listade befolkning som har fått diagnos hypertoni (högt blodtryck) någon gång de senaste 5 åren. Högt blodtryck innebär bland annat en ökad risk för stroke, hjärtsvikt och hjärtinfarkt (Region Skåne, 2022). Dessutom finns samband mellan högt blodtryck och faktorer som fetma, stress, ohälsosam kost, fysisk inaktivitet och alkoholkonsumtion (Berglund, Engström-Laurent, Lindgren, & Lindholm, 2006). Fysisk aktivitet kan minska högt blodtryck (Hegde & Solomon, 2015).	Ja
Förekomst av diagnos ångest	Hälsa	Andel av listade befolkning som har fått diagnos ångest någon gång de senaste 5 åren. Ett relevant mått på psykisk ohälsa.	Ja

Tabell 4 Indikatorer identifierade från Kolada.

Indikator	Typ	Relevans	Inkludering
Cykelväg i kommunen, kommunal, meter/invånare	Hälsoförutsättningar	Indikatorn kan användas i uppföljningsarbetet av materiella resurser.	Ja
Idrottshallar samtliga, antal/10 000 invånare	Hälsoförutsättningar	Indikatorn kan användas i uppföljningsarbetet av materiella resurser.	Ja
Fotbollsplaner, antal/10 000 invånare	Hälsoförutsättningar	Indikatorn kan användas i uppföljningsarbetet av materiella resurser.	Ja
Anläggningar med elljusspår, antal/10 000 invånare	Hälsoförutsättningar	Indikatorn kan användas i uppföljningsarbetet av materiella resurser.	Ja

Livslängd, män	Hälsa	Livslängden är en indikator som visar på ojämlikhet hälsa	Ja
Livslängd, kvinnor	Hälsa	Livslängden är en indikator som visar på ojämlikhet hälsa	Ja

Riktade hälsosamtal

Inom arbetet med de riktade hälsosamtalen så har ett arbete för att följa effekterna gjorts. Detta följs sedan i ett nationellt kvalitetsregister för att i nästa steg kunna använda underlaget för forskning och verksamhetsutveckling. Indikatorer i kvalitetsregistret används som uppföljning av effekterna på gruppnivå av de riktade hälsosamtalen. Anledningen till att följa indikatorer runt hälsa i kvalitetsregistren är att data, efter prövning av etiknämnden, kan användas för forskning och publicering, inte bara verksamhetsutveckling. Kvalitetsregistret drivs och administreras av Enheten för dataanalys och registercentrum inom koncernkontoret på Region Skåne.

I arbetet med att införa Riktade hälsosamtal användes Care Need Index, förkortat CNI, för att identifiera vilka områden som, utifrån socioekonomiska förutsättningar, har störst arbetsbelastning på vårdenheten, vilket tolkas som ett indirekt mått på risk för ohälsa. Indexet beräknas för en vårdenhets listningsområde, och baseras på sju socioekonomiska variabler. De socioekonomiska variablerna framgår i Tabell 5. CNI-indexet är baserat på allmänläkares uppskattning av hur olika socioekonomiska variabler påverkar deras arbetsbörda. Enligt de som har utvecklat CNI kan det eventuellt användas som ett direkt mått på hur resurser till primärvården ska fördelas (Sundquist, Malmstrom, Johansson, & Sundquist, 2003). Men det används inte i någon större utsträckning och det finns inga publikationer som bekräftar originalförfattarnas tes och det har kritiserats av andra (Burström & Lundberg, 2004).

Tabell 5 Variabler i Care Need Index

- Ålder yngre än 5 år
- Personer födda i Östeuropa, Afrika, Asien eller Sydamerika
- Ålder över 65 år och ensamboende
- Ensamstående föräldrar med barn <= 17 år
- Personer, 1 år eller äldre, som flyttade in i området
- Arbetslösa eller i åtgärd, 16-64 år
- Lågutbildade, 25-64 år

Under de riktade hälsosamtalen följs hälsan upp genom samtal, blodprov och uppskattningar av levnadsvanor. Alla variabler är kategoriserade i fyra kategorier från 1 = låg risk till 4 = hög risk för att bli sjuk och dö i förtid av hjärt-kärlsjukdom (Region Skåne, 2022). De variabler som följs under hälsosamtal syns i Tabell 6. Majoriteten av all hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes, samt 30-40 procent av all cancer i världen, kan förebyggas genom förbättrade levnadsvanor (WHO, 2021; WHO, 2021; WHO, 2022).

Tabell 6 Indikatorer som följs i hälsosamtalen

Hälsokurvan

Man Storafrund
19090909-0909

Kön: Kvinna Ålder: 112 Grupp: 40

	Låg risk ← → Hög risk			
	1	2	3	4
Fysisk aktivitet, kcal/vecka	<1000	1000-2000	300-999	<100
Mat, Fett: - Fiber: - Kostpoäng	5-3	4-8	9-11	
Alkohol, glas/vecka	♂ <14 ♀ <14	2-12 3-8	13-18 9-12	>18 >12
Tobak Cig/dag Snusdosor/vecka	0	1-10 1-100 vattenpipa	1-9	>9
Livssituation	1-2	3-4	4-5	
Psykisk ohälsa	1-3	3-4	5-7	
Ärftlighet, diabetes	0	1	2	
Ärftlighet, hjärt-kärlsjukdom Q (ålder):	♂ <10 ♀ <10	10-49 10-16	50-54 50-55	>54 >55
BMI, kg/m ²	♂ <22 ♀ <20	22-26,9 20-26,9	27 27	
Midja-stusskvot	♂ <0,90 ♀ <0,78	0,90-0,94 0,78-0,82	0,95-0,99 0,83-0,87	>1,00 >0,88
Blodtryck, mm Hg	110/70	140-130 90-104	170-139 105-114	180 114
Kolesterol, mmol/l	♂ <1,50 ♀ <1,50	1,50-4,49 1,50-2,09	4,50-5,00 2,10-5,00	>5,00 >5,00
Kronisk sjukdom, ICD-10				

Vikt: - Kolesterol: - Vårdcentral:
Längd: - LDL: - Test VC
Midja: - HDL: - Hälsosamtalsledare:
Stuss: - IP-Glukos: - emma
Blodtryck: - - - mm Hg



© Region Skåne 2020. Inspirerat av Region Jönköpings län

Jämlik hälsa

Eftersom en av de övergripande förflyttningarna som har identifierats är Mer jämlik hälsa så har en mindre litteraturgenomgång gjorts för att beskriva vad som kliniskt betecknar hälsa samt olika jämlikhetsaspekter på hälsa.

89% av alla dödfall i Sverige i 2019 uppskattas vara orsakade av icke-smittsamma sjukdomar (worldbank.org, 2020). Såväl i Sverige som i andra länder är förekomsten av dessa sjukdomar, som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, ojämnt fördelad bland befolkningen (Bono & Matranga, 2018). För att se om en mer jämlik hälsa har uppnåtts kan man följa upp hur prevalensen och incidensen av de mest förekommande icke-smittsamma sjukdomar skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper.

En förflyttning i förekomsten av icke-smittsamma sjukdomar kan dock ta lång tid då det kan gå flera år innan en riskfaktor har utvecklats till en sjukdom. För att kartlägga en möjlig förändring på kortare sikt kan en uppföljning och jämförelse göras av förekomsten av risk- och skyddsfaktorer för icke-smittsamma sjukdomar. Risk- och skyddsfaktorer som i dagsläget förekommer mer i vissa befolkningsgrupper än i andra kan i längden resultera i ojämlighet i hälsa bland befolkningen.

Bland annat ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskkonsumtion av alkohol räknas som ohälsosamma levnadsvanor som medför en risk för icke-smittsamma sjukdomar (Region Skåne, 2020). Region Skånes Folkhälsorapport visar att förekomsten av dessa ser olika ut bland olika befolkningsgrupper i Skåne (Region Skåne, 2020). Till exempel finns det fler män än kvinnor som har ohälsosamma matvanor och ju högre utbildade människor är desto lägre är andelen som har ohälsosamma matvanor.

Förekomsten av tillräcklig fysisk aktivitet, vilket är en skyddsfaktor mot icke-smittsamma sjukdomar, ökar med utbildningsnivån. Bland befolkningsgruppen med en migrationsbakgrund finns det fler personer med otillräcklig fysisk aktivitet än bland gruppen utan migrationsbakgrund. Inom denna grupp, särskilt bland personer som kommer utanför Europa, förekommer även rökning relativt ofta medan riskbruk av alkohol förekommer mest bland män som har en nordisk bakgrund. Fysisk inaktivitet och rökning nämns även i en rapport av Malmö högskola (Zdravkovic, Grahn, & Björngren Cuadra, 2016) som oroväckande livsstilsfaktorer för framtida ohälsa bland nyanlända. Baserat på folkhälsorapporten kan konkluderas att det finns tre befolkningsgrupper som har en högre risk för ohälsosamma levnadsvanor och i längden möjligtvis även för icke-smittsamma sjukdomar:

- **Män**, har generellt sett en högre risk än kvinnor
- **En lägre utbildningsnivå** medför en större risk än en högre utbildningsnivå
- **Personer födda utomlands**, särskilt dem som är födda utanför Europa, har en högre risk än personer som är födda i Sverige

Liknande skillnader har även beskrivits i Region Skånes rapport om riktade hälsosamtal (Thomasson, o.a., 2021). I denna rapport visas värdet av riktade hälsosamtal för att förebygga sjukdom samt att skapa en mer jämlik hälsa. Om skillnaderna i förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor mellan de ovannämnda grupperna skulle minska kan det i längden leda till mindre skillnader i förekomsten av icke-smittsamma sjukdomar. Uppföljning av levnadsvanor bland befolkning kan på det sättet ge en indikation om hur ojämlikheten i hälsan kommer att utvecklas i framtiden.

Kartläggning av generiska finansieringslösningar

Som en del av omvärldsbevakningen inkluderar vi uppslag för finansieringslösningar som finns i en liknande kontext som Ett samlat hälsoutbud, men som inte redan utgör standardlösningar. Vi har utgått ifrån följande övergripande frågeställning: vilka typer av finansieringsupplägg kan vara aktuella inom ramen för ett samlat hälsoutbud?

Utfallsersättning

En internationellt mer vanligt förekommande finansieringslösning inom prevention är så kallad utfallsersättning. Som konkret exempel i Sverige kan Hälsoobligationen i Region Stockholm nämnas, vilken är kopplad till preventivt arbete för att motverka utvecklingen av diabetes typ 2. Inom Hälsoobligationen är utfallet kopplat till villkoren för lånefinansieringen vilket ger viss riskdelning mellan regionen och långivarna. Samtidigt är själva implementeringen inte kopplad till utfallet, utan hela ersättningen om 30 miljoner kronor för de operativa aktiviteterna (som utförs av bolaget Health Integrator) betalas av regionen inom ordinarie budget. Detta är en annorlunda modell jämfört med de övriga utfallskontrakt som prövats i Sverige, där riskdelningen sker mellan den offentliga parten och en eller flera utförare.

Hälsoobligationen är ett finansiellt instrument som skapar en riskdelning mellan Region Stockholm och köparen av obligationen, i det här fallet Skandia. Beroende på utfallet av arbetet får Skandia ersättning utifrån

en beräkningsmodell som värderar bedömd minskad risk för framtida diabetes typ 2 kopplat till målgruppens blodsockervärden. Som minst får Skandia tillbaka 80 % av investerat kapital och som mest 110 %. Hälsoobligationen är ett tidsbegränsat projekt, 5 år, och i anslutning till att utfallet fastställs är det Region Stockholm som ersätter Skandia och således är den slutgiltiga finansiären av det preventiva arbetet.

För att en ersättningsmodell som är kopplad till utfall (utfallskontrakt) ska vara genomförbar behöver ett antal kriterier vara uppfyllda. En viktig aspekt är marginalen vid ett positivt utfall. Problematiken kring diabetes typ 2 är en situation som har mycket hög marginal vid lyckat utfall. En stor marginal innebär att det blir mindre risk för att det preventiva arbetssättet inte är systemeffektivt, om exempelvis den uppnådda effekten inte uppnår det som förväntas av insatsen.

En annan viktig förutsättning för att kunna göra en ekonomisk estimering är att informationen är tillgänglig och tillräcklig. Inom Hälsoobligationen kommer informationen kring kostnadsbesparingar från ett och samma system, sjukvårdssystemet. Det är en underlättande faktor om en och samma samhällsaktör har tillgång till samtliga data, se citat nedan.

“The investment case for diabetes prevention is based on the establishment of the cost of overconsumption of diabetes related care stemming from diabetes type 2 patients. First of all, together with leading diabetes clinician Ylva Trolle Lagerros, we selected 552 diagnosis codes (ICT-10 codes) for health conditions with a strong link to diabetes type 2. Second, we extracted a database with all patients who have received a diabetes type 2 diagnosis since 2008 (earliest date of reliable data). We could then calculate that the total cost of diabetes related care for patients with diagnosed diabetes type 2, amounted to 2,9 Bn SEK per year for Region Stockholm”.

EIT-Health: Project Report: The Stockholm Prevention Methodology and Health Impact Bond Design, 2019.

Utöver den ekonomiska marginalen som synliggör en möjlig systemeffektivisering så kräver utfallsersättning att det i genomförandet går följa individerna som är aktuella för det preventiva arbetet på ett sådant sätt att man kan uttala sig kring huruvida det är troligt (evidensnivån varierar kraftigt inom olika implementeringar) att det preventiva arbetet bidragit till det önskade utfallet. För detta krävs mätningar av utfallet, eller som i fallet med Hälsoobligationen i Stockholm mätningar som förknippas med risken för utfallet: diabetes typ 2. Under arbetet med denna rapport har vi inte lyckats inhämta fullständig information kring detaljerna kring hur man ser på kopplingen mellan specifika långtidsblodsockervärden och minskad risk för diabetes, vi refererar tills vidare till Region Stockholm.

Gällande den ekonomiska marginalen - det vill säga möjligheten att uppnå kostnadsminskningar - är det inte något som krävs utifrån modellen. Ersättning kan bestå av förspecificerade värden för att uppnå önskade utfall utan att de är kopplade till kostnadsminskningar i form av exempelvis minskad sjukvårds konsumtion. Det finns således möjlighet att använda utfallsbaserad ersättning inom områden med mindre ekonomisk marginal - om det bedöms som troligt att det skulle bidra till att möta organisatoriska mål som exempelvis förbättrad hälsa för olika målgrupper. Det är också värt att påpeka att det är sällsynt med upplägg där kostnadseffekter kan realiseras i termer av faktiska monetära besparingar, detta gäller i princip enbart när förbättrade utfall innebär minskade externa köp av vård eller omsorg. Annars motsvarar de beräknade kostnadsbesparingarna i praktiken effektivitetsvinster i form av på sikt lediga resurser för att möta andra behov.

Implementeringen av Hälsoobligationen sker via bolaget Health Integrator, som beskrivs i avsnittet *Kartläggning av liknande initiativ ovan*.

Ur regionens perspektiv finns kostnadsbesparingar förknippade med att framgångsrikt lyckas minska antal personer som får diabetes typ 2.

Individuella försäkringar som en del av finansieringen

Från 24 års ålder är inte längre tandvård gratis i Sverige, dock får alla medborgare ett årligt bidrag om 600 kr. Då tandvården inte är gratis och den årliga kostnaden ofta överstiger de 600 kr som det årliga bidraget är, öppnas en möjlighet att skapa ett försäkringsupplägg där man kan betala en månatlig avgift för att under en 3-årsperiod få gratis (med vissa begränsningar i vad som ingår) tandvård under samma tidsperiod.

Inom ramen för den vård som regionen betalar för infinner sig inte samma omständigheter som öppnar upp för ett försäkringsupplägg på samma sätt som inom tandvården. Samtidigt kan man konstatera att det idag finns privata sjukvårdsförsäkringar, men vilka då ger vård inom annan ram än den som regionen tillhandahåller.

I kontexten tandvård finns även en koppling till resursfrågan. I korthet handlar det om att tandvård är gratis för barn, men att långt ifrån alla barn går till tandläkaren i den utsträckning som är önskvärt. Situationen visar på att det kan finnas andra resursbrister utöver ekonomiska medel som hindrar, i det här fallet barnet att gå till tandläkaren.

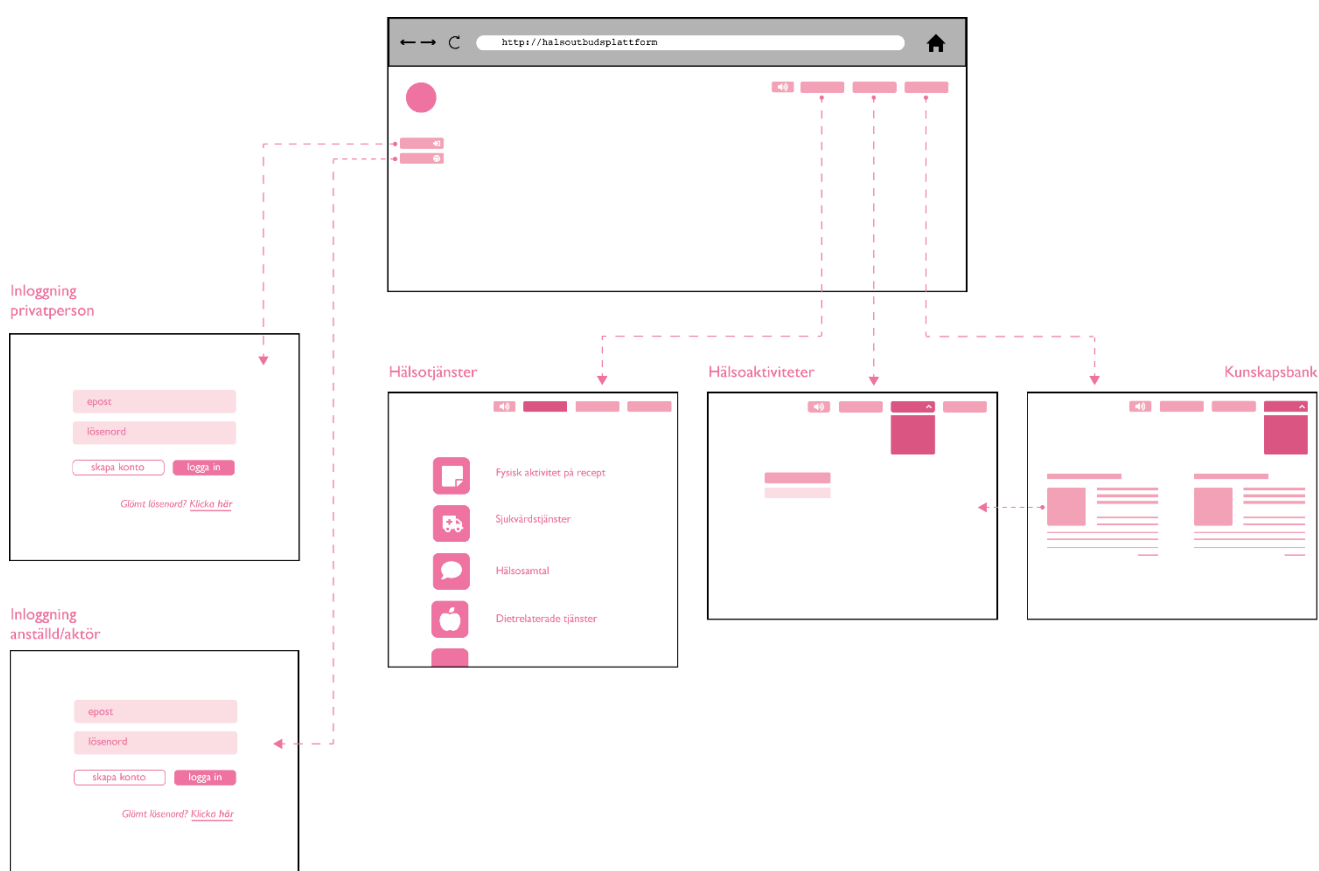
4. Designprocess

Workshop-serien har legat till grund för den design som har tagits fram. Redan tidigt landade workshoparna i att diskutera digitala lösningar för *Ett samlat hälsoutbud*. Vi har försökt utforska alla möjliga perspektiv kring ett samlat hälsoutbud men har landat i en digital plattformslösning. Hur designarbetet har gått till beskrivs i följande del.

Konceptutveckling och skiss

Utifrån det material och insikter som workshop-serien skapade togs en första wireframe, eller skiss, se Figur 11 –, fram i november. Den tydliggör och visualiserar de funktioner, innehåll och struktur som diskuterats.

Plattformen innehåller tre olika delar: Hälsotjänster, Hälsotjänster och en Kunskapsbank, och två inloggningsalternativ: ett för invånaren och ett för anställda inom region och kommun.



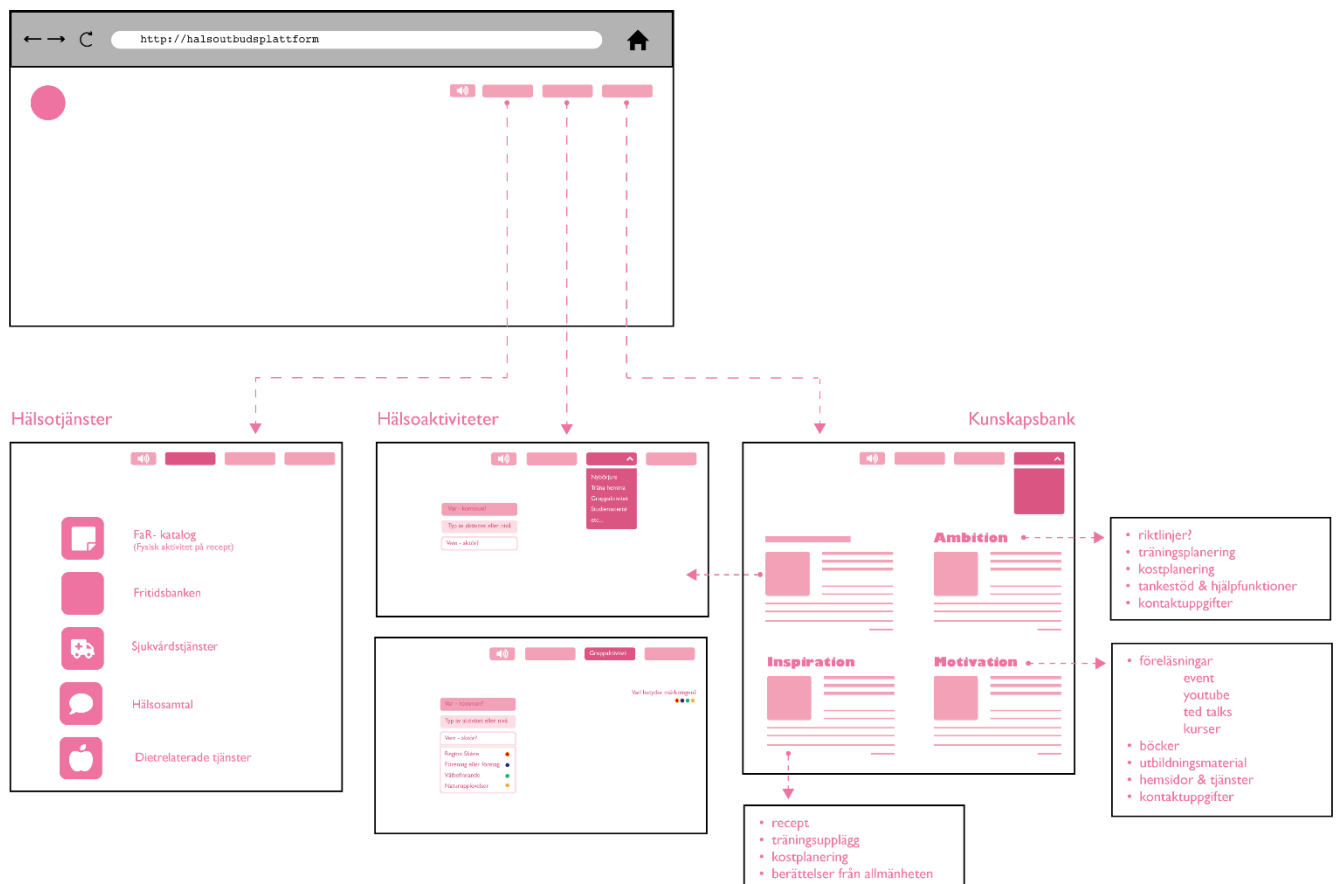
Figur 11 En första skiss på plattformen för *Ett samlat hälsoutbud*, struktur och innehåll.

Skissen i figur 10 utvecklades sedan i takt med att workshop-serien fortskred med mer input samt breddade perspektiv. I Figur 12 finns inte inloggningsalternativen kvar, detta då det inte ansågs som lika viktigt av de följande workshopgrupperna. Strukturen har också vidareutvecklats. De tre delarna för plattformen är de samma som tidigare (Hälsotjänster, Hälsotjänster och Kunskapsbank), hälsotjänsterna ska nu kunna sorteras utifrån tre filter:

- Var de äger rum, det ska vara möjligt att avgränsa urvalet utifrån en kommun eller stad.
- Vilken typ av aktivitetsnivå användaren är intresserad av, exempelvis nybörjare, senior eller vuxen.
- Vem som tillhandahåller eller genomför aktiviteten, är det Region Skåne, en förening eller företag.

Kunskapsbanken är nu indelad i tre områden: Ambition, Inspiration och Motivation, detta då det framkom som ett möjligt sätt att dela in det innehåll som kan öka användarens och invånarens kunskap om vad hälsa är och hur bättre hälsa kan främjas.

Ambition innehåller information om riktlinjer, hållbar tränings- och kostplanering, tankestöd och hjälpfunktioner och kontaktuppgifter till relevanta aktörer. Inspiration innehåller recept, förslag på träningsupplägg och framgångssagor från allmänheten, och kostplanering. Under Motivation innehåller exempelvis föreläsningar från aktörer, från YouTube, kurser eller event, böcker, utbildningsmaterial, podcasts, hemsidor och tjänster, och kontaktuppgifter till relevanta aktörer för att besvara alla de önskemål om material och information som ska öka och stärka invånarens kunskapsnivå i varierad form.



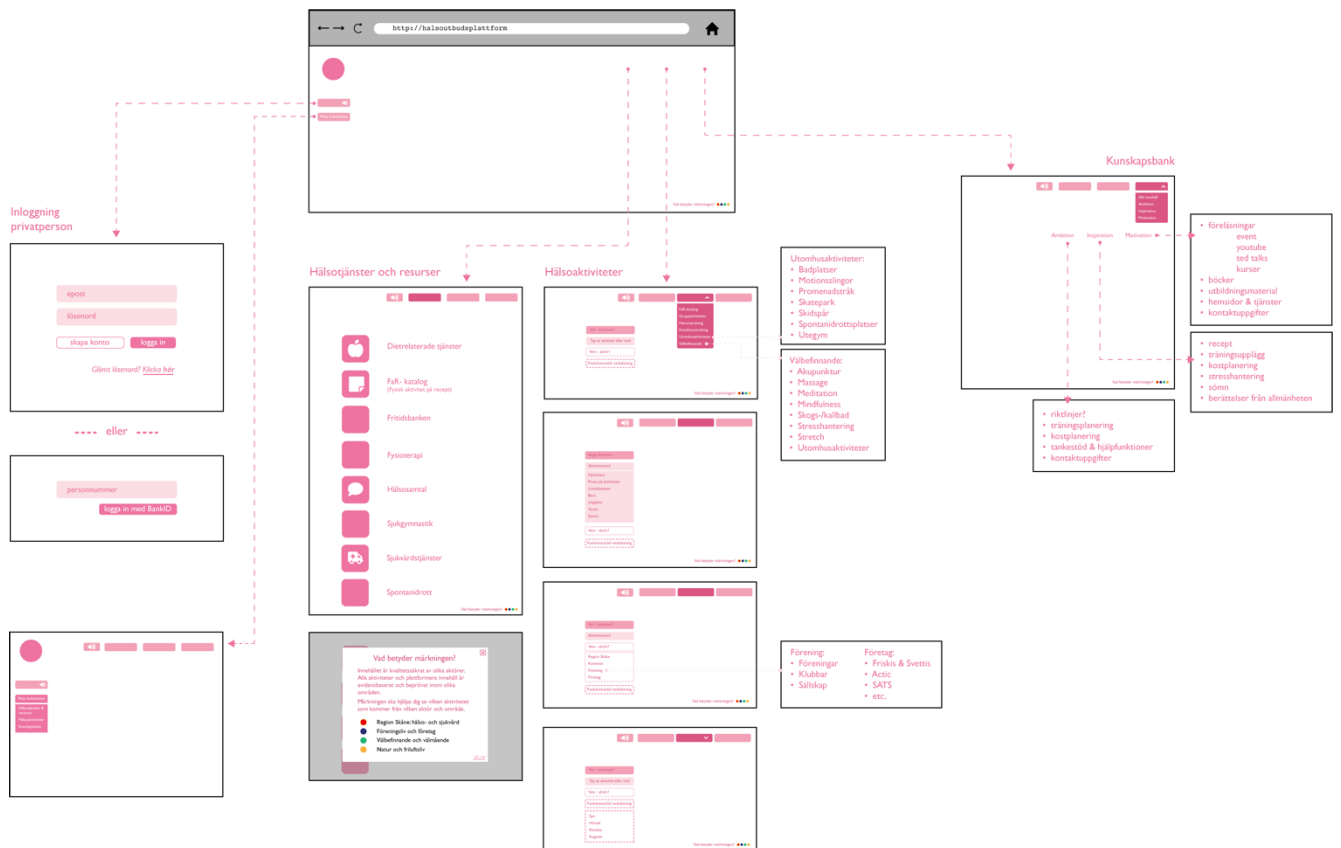
Figur 12 Vidareutvecklad skiss efter en andra iteration

I nästa iteration av skissen kommer inloggningsalternativen tillbaka, se Figur 13 detta då flera nämner att det kan vara önskvärt att exempelvis markera aktiviteter, kontaktuppgifter eller material från kunskapsbanken för att ta del av detta vid senare tillfälle. Detta möjliggör även för användaren att bygga upp en egen receptbank eller spara de träningsupplägg som känns inspirerande.

Hälsotjänster har utvecklats och fått ett bredare förslag på innehåll och innehåller nu: dietistrelaterade tjänster, FaR-katalog, Fritidsbank, hälsosamtal, sjukvårdstjänster och spontanidrott. Då det förts många diskussioner om ett brett innehåll i utbudet har förslag på etikettera innehållet kommit upp, det anses viktigt att markera vem som tillhandahåller en tjänst/aktivitet, vilka evidens som finns och vem som står bakom delar av innehållet; därför finns i denna skiss en färgmarkering som visar avsändaren. Markeringen finns här för:

- Region Skåne: hälso- och sjukvård,
- föreningsliv och företag,
- välbefinnande och välmående,

- och natur och friluftsliv.

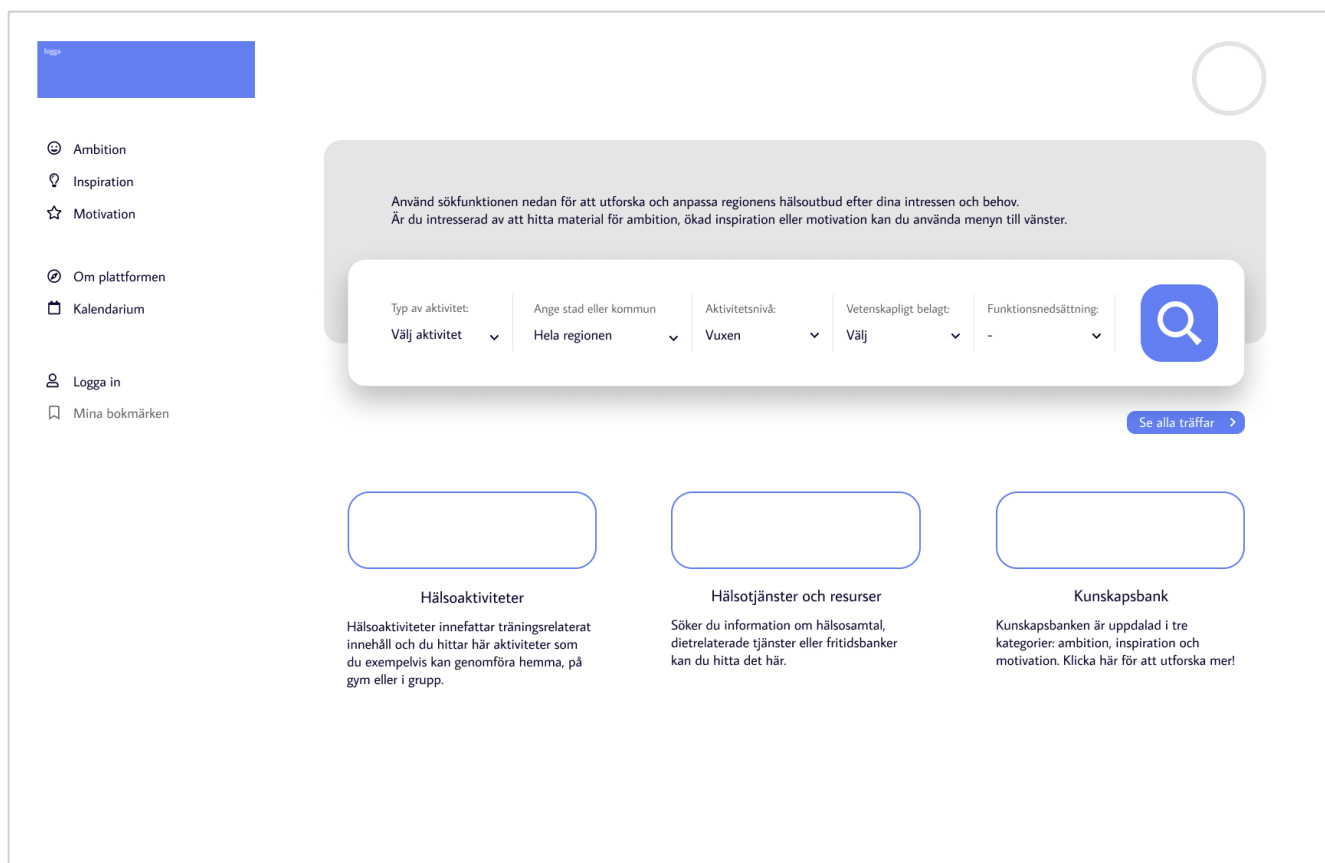


Figur 13 Tredje iteration av skissen

Vidare har Hälsotjänster fått en ytterligare möjlighet att förfinas urvalet och de sökningar som invånaren kan göra, utöver de tre tidigare nämnda filtreringsalternativen: ange kommun/stad, välj aktivitetsnivå och aktör, är funktionsnedsättning tillagt. Möjligheten att välja vilken typ av hälsotjänst finns nu också, vilket filtrerar innehållet utifrån följande kategorisering: FaR-katalog, gruppträning, hemmaträning, konditionsträning, utomhusaktiviteter och välbefinnande.

Utifrån våra workshoppar kan utomhusaktiviteter förslagsvis innehålla: badplatser, motionsslingor och promenadstråk, spontanidrottsplatser och utegym. Medan förslag på aktiviteter inom välbefinnande kan vara: massage, platser för skogs-/kallbad och stresshantering.

Utifrån dessa iterationer och skisser utvecklades en interaktiv prototyp för plattformen (se Figur 14); denna prototyp är möjlig att testa, klicka i och gå genom det användarflöde som plattformen nu innebär. En prototyp är ett förslag eller preliminär beskrivning av en idé, med en prototyp som förlaga kan ytterligare iterationer och vidareutveckling ske.



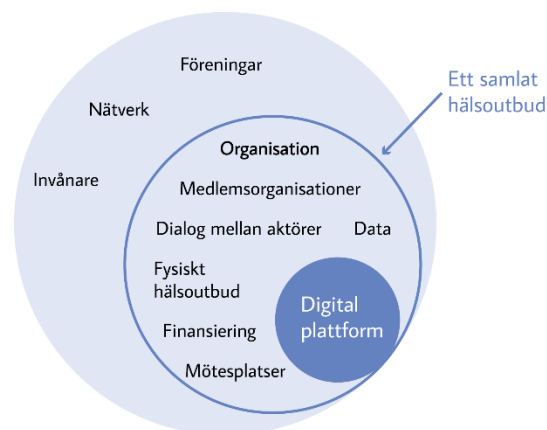
Figur 14 Plattformsprototypens startsida med meny till vänster, sökfunktionen är i centrum och under denna finns de tre olika delarna (Hälsokategorier, hälsotjänster och resurser, och kunskapsbank) presenterade.

Plattformsprototypen utvecklades i Figma, ett onlineverktyg som möjliggör enklare delning av denna typ av arbete. Figur 14 visar startsidan för plattformen, med en meny i vänsterkant innehållandes delarna ambition, inspiration, motivation, följt av information om plattformen och ett kalendarium. Nedan finns inloggning och mina bokmärken. I centrum står sökfunktionen med sina filtreringsalternativ i form av *typ av aktivitet*, *kommun/stad*, *aktivitetsnivå*, *vetenskaplig belagt*, och eventuell *funktionsnedsättning*. Det är även möjligt att här navigera vidare genom de tre undre knapparna för *hälsokategorier*, *hälsotjänster och resurser*, och *kunskapsbanken*. De här designförslagen har sedan legat till grund för den prototyp som presenteras, och rekommenderas att gå vidare med, i kapitel High fidelity prototyp, sidan 32.

5. Resultat

I det här kapitlet beskrivs ett förslag för vad *Ett samlat hälsoutbud* är och hur det kan organiseras. Hela kapitlet kan ses som rekommendationer för fortsatt arbete, det avslutas även med en lista rekommendationer. I dokumentet använder vi begreppet *Ett samlat hälsoutbud* som samlingsnamn och begreppet plattform eller teknisk plattform för den prototyp som har tagits fram. I begreppet *Ett samlat hälsoutbud* ingår organisering, mål och önskade förflyttningar utöver en digital plattform som fungerar som ansiktet utåt och den främsta kontakten med medborgarna, Figur 15.

Organisering berör frågor om ägarskap (tex vem som har ansvar för vad och ägarskap av en teknisk plattform), en plattformorganisation (med några beskriva huvudsakliga funktioner och samarbeten) samt finansiering (basfinansiering av plattformorganisation och teknisk plattform samt finansiering av aktiviteter).



Figur 15 *Ett samlat hälsoutbud* består av både en organisering och en digital plattform.

Hälsa

Hälsa är ett väldigt brett begrepp och kan ses som en skala som vi rör oss på varje dag, ibland mår vi bättre och bland sämre. Hälsa handlar om att ha roligt och trivas med sitt liv medan hälsosamma levnadsvanor är grunden för ett långt och hälsosamt liv. Att vara hälsosam handlar om en balans mellan olika delar som enskilt kan vara både nyttiga och onyttiga. Att främja sin hälsa är något som varje individ ansvarar för, samhället kan bara möjliggöra och förenkla.

God hälsa omfattar både psykiska och fysiska aspekter: social gemenskap, sömn, tandhälsa och sexuell hälsa. Det handlar om att göra så gott, och leva så bra, vi kan efter våra individuella förutsättningar och drivkrafter och att känna välmående och livskvalitet. En person som är hälsosam äter lagom sunt, har en stark självbild, motionerar lagom mycket, gör ofta hälsofrämjande val.

Incitament för aktörer i Ett samlat hälsoutbud

Det är tydligt att *Ett samlat hälsoutbud* bara kan skapas av ett flertal aktörer tillsammans och initialt är det viktigt att nå en kritisk massa i ekosystemet av aktörer för att etablera konceptet *Ett samlat hälsoutbud*. För att skapa denna kritiska massa av organisationer som drar åt samma håll är det viktigt att se varje organisations incitament för att delta.

För en **invånare** i Skåne är det inte lätt att hitta information om hur man kan förbättra sin hälsa eller aktiviteter som man tycker är roliga och som gör en mer hälsosam. *Ett samlat hälsoutbud* vill ge tillgång till olika tjänster som adresserar det här problemet. Genom att samla kunskap om hälsa och levnadsvanor och information om olika aktiviteter runt om i Skåne kan det samlade hälsoutbudet hjälpa en individ att förbättra och bibehålla goda levnadsvanor.

Genom att använda *Ett samlat hälsoutbud* kan en vuxen person öka sin kunskap om hälsosamma levnadsvanor och hitta aktiviteter som den tycker är kul att genomföra och som gör en hälsosammare.

Kommuner har ett ansvar för folkhälsan i sin kommun, ett spretigt arbete som handlar både om att genomföra aktiviteter, sprida information om dessa aktiviteter och verka för en högre kunskap om hälsa. Genom att delta i *Ett samlat hälsoutbud* kan kommunerna få tillgång till en plattform för spridning av både kunskap om

hälsosamma levnadsvanor och aktiviteter inom kommunal regi som berör hälsa. Plattformen skulle också kunna användas för samverkan mellan kommuner, med lokala föreningar och regionen, både för samtal och diskussion eller exempelvis som föreningsregister.

Länsstyrelsen jobbar idag mycket med information till invånarna i regionen. Genom att delta i *Ett samlat hälsoutbud* så kan **Länsstyrelsen** få en samlad plats för sin kommunikation inom folkhälsa. En digital plattform kan användas som digital hemvist åt beskrivningar av olika vandringsleder och cykelleder exempelvis. Det skulle också kunna stärka tex det integrationsarbete som hälsocoacher inom Länsstyrelsen jobbar med. Man kan också hitta lokala samarbetspartner för tex ledunderhåll, något som ibland utförs av civilsamhällesaktörer. På det sättet skulle Länsstyrelsen kunna minska sina kostnader för sin egen hemsida.

Genom att delta i *Ett samlat hälsoutbud* så kan **Region Skåne** utvidga sitt hälsoarbete, samla sina folkhälsoinsatser och lättare nå ut till alla invånare i Skåne. Att samarbeta med andra för att stärka hälsan i Skåne kommer hjälp till i perspektivskiftet från sjukvård till hälsovård. Detta skulle stärka regionens arbete mot målet "Bättre hälsa för fler".

Nyttan för olika **näringslivsaktörer** ligger i att de kan hitta och nå ut till nya målgrupper. Detta kan leda till ökad omsättning, ett direkt incitament för att delta. Det kan också bidra till att aktörer får lättare att uppfylla sina visioner om att bidra till ett hälsosamt samhälle och nå ut till grupper som de har svårt att nå.

För **civilsamhällesaktörer** handlar nytta av *Ett samlat hälsoutbud* om att hitta nya samarbetspartners och nå nya målgrupper, exempelvis för integrationsprojekt. Det kan också vara ett nätverk för diskussion kring kommunala resurser eller användas som en fördelning av bidrag till olika föreningar. För etablerade idrottsföreningar föreningsliv är nyttan av *Ett samlat hälsoutbud* inte lika självklar, men de är en viktig del av det.

High fidelity prototyp

Projektets sista prototyp lägger tonvikten vid ramarna för den tekniska plattformen inom *Ett samlat hälsoutbud*, samt visualiserar dess funktioner. Även fast målgruppen för förstudien är begränsad är den fortfarande bred, det finns stora variationer inom åldersgruppen 40-åringar som innehållet bör ta hänsyn till och det ska därför vara tillgängligt för en bred användargrupp.

En viktig insikt är att en lösning som denna, och ett initiativ som ska inspirera målgruppen till förändring och en mer hälsosam livsstil, måste uppfattas som tilltalande och attraktiv. Den bör vara lätt att använda och tydlig, men samtidigt fin och upplevas som modern. Innehållet ska finnas på flera språk och gå att anpassa efter läsförmåga och olika funktionsnedsättningar. Syntolkning och uppläsning är ett exempel. Informationen bör presenteras i olika nivåer och vara enkelt att ta till sig, och nås via fler navigationsmöjligheter. Att plattformen följer de tillgänglighetsdirektiv som är lagstadgade gör att lösningen når dessa krav delvis, se kapitel Tillgänglighetsdirektiv och riktlinjer, sidan 38.

Det blir därför viktigt att tänka på hur material och innehåll presenteras och vilket språk som används, att skapa ett inspirerande och kreativt bildspråk och -manér kan därför argumenteras ha stor vikt; vilket även färgval, språk och ton har. Detta är detaljer som inte varit en del av förstudien. Prototypen följer ingen redan existerande grafisk profil då en sådan speglar ett ägarskap eller organisering, utan de färger och formval som används följer snarare trender för applikationer och plattformar inom kategorier som hälsa, välmående och livsstil.

Svårigheten att uttrycka starka rekommendationer om en eventuell framtida teknisk utveckling grundas i att vissa önskemål och frågor som lyfts fram under förstudien skulle få stora konsekvenser för dagens arbetssätt inom regionen och ställa krav på aktörer som vi inte kan eller ska utreda i denna förstudie. Exempel på detta är

hur information ska samlas in till utbudet, tillvägagångssätt för att involvera externa aktörer och företag, och tydliga direktiv för samordning inom regionen och respektive förvaltning. Hur dessa frågor bör hanteras i *Ett samlad hälsoutbud* beskrivs i kapitel Organisering, ägarskap samt finansiering på sidan 40. Det krävs även fler iterationer av prototypen vi utvecklat i samarbete med teknisk kompetens för att ta fram de bakomliggande strukturer och tekniska parametrar för en långsiktigt hållbar lösning.

Många lösningar idag adapteras till den specifika användaren, detta har inte kommit upp som ett behov under workshop-serien och finns därmed inte med i denna prototyp. Prototypen har dock inte testats på den primära målgruppen, vilka troligen är de med störst behov av en adaptiv plattform.

Identifiering och inloggning

Genom att kunna logga in och identifiera sig i plattformen möjliggörs personanpassade tjänster och innehåll i plattformen. Användare kan logga in genom att identifiera sig med e-legitimation. Funktioner som kan anpassas eller aktiveras kan handla om rekommendationer eller förslag på aktiviteter.

Genom inloggningsfunktionen kan användare inom specifika målgrupper, eller med specifika behov, erbjudas riktad information och finansierade aktiviteter eller insatser som faller inom selektiv- eller indikerad prevention. Detta är kopplat till utbudsfinansieringen som beskrivs i kapitel Finansiering, sidan 43. Målgrupper kan identifieras antingen genom data i plattformen eller traditionella målgrupper baserat på tex hemadress. En målgrupp kan också identifieras genom ett register i plattformen, tex över vilka som har fått FaR förskrivet. Dessa individer skulle då, kunna få tillgång till de rabatter som ofta är kopplade till FaR eller den information som idag finns i FaR-databasen.

Dessa möjligheter har förstudien snuddat vid och denna typ av funktionalitet är beroende av plattformorganisationens struktur och plattformens uppbyggnad.



Figur 17 Funktionen *Mina bokmärken* blir tillgänglig vid inloggning

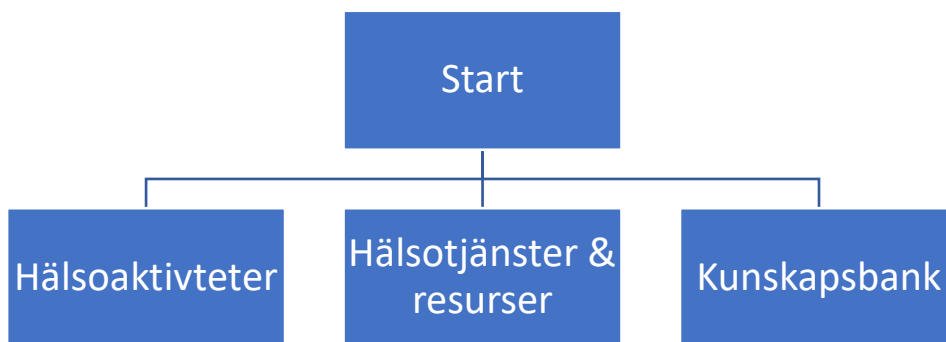
Det som däremot har diskuterats vid flertalet tillfällen är möjligheten att spara innehåll, därav funktionen *Mina bokmärken* (se Figur 17), en markering av sådant som är av intresse eller för senare användning. Stor del av plattformens innehåll ska vara tillgängligt även för dem som väljer att inte identifiera sig med e-legitimation.



Figur 16 Inloggningsruta där användaren använder e-legitimation för identifiering.

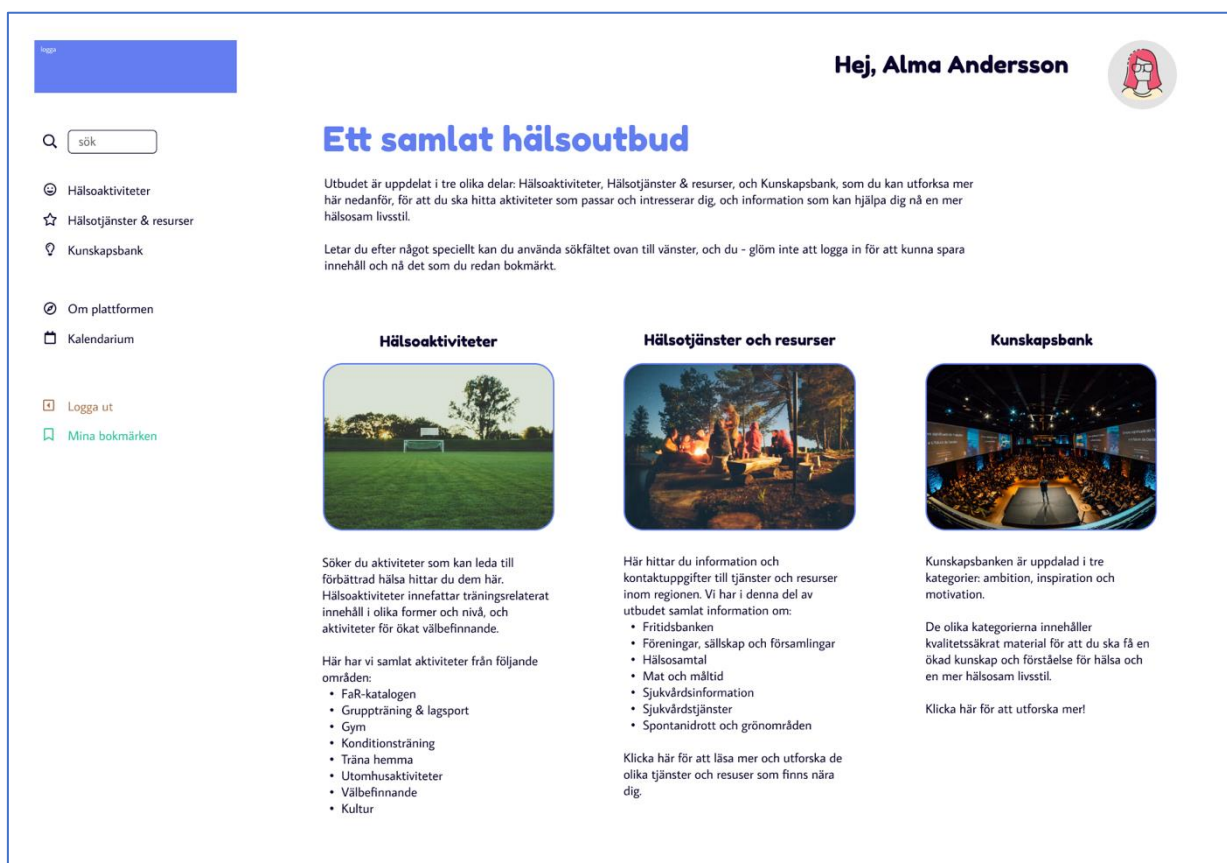
Struktur

Under våra diskussioner nämndes det att det ska vara lätt att göra rätt, lösningen ska hålla användaren i handen och vi måste sänka trösklarna. Detta adresseras på två sätt, en tydlig struktur och en central sökfunktion. Hur innehållet är strukturerat och indelat förtydligas i kommande delar. Den digitala plattformen innehåller i huvudsak tre delar, ett register över olika Hälsotjänster, ett register över olika Hälsotjänster och resurser samt en Kunskapsbank, se Figur 18



Figur 18 Översikt över plattformens struktur

Sökfunktionen, med flertalet möjligheter att förfina och smalna av det synliga innehållet i utbudet, har fått en mindre roll i startsidan, se Figur 19. Den finns fortfarande kvar när användaren väljer en av de olika ingångarna till plattformens innehåll. För att ytterligare förstärka möjligheten till fler navigationsmöjligheter har menyn i vänsterkant uppdaterats till plattformens tre olika delar.



Figur 19 Prototypens startsida där den fiktiva användaren Alma är inloggad.

Hälsoaktiviteter

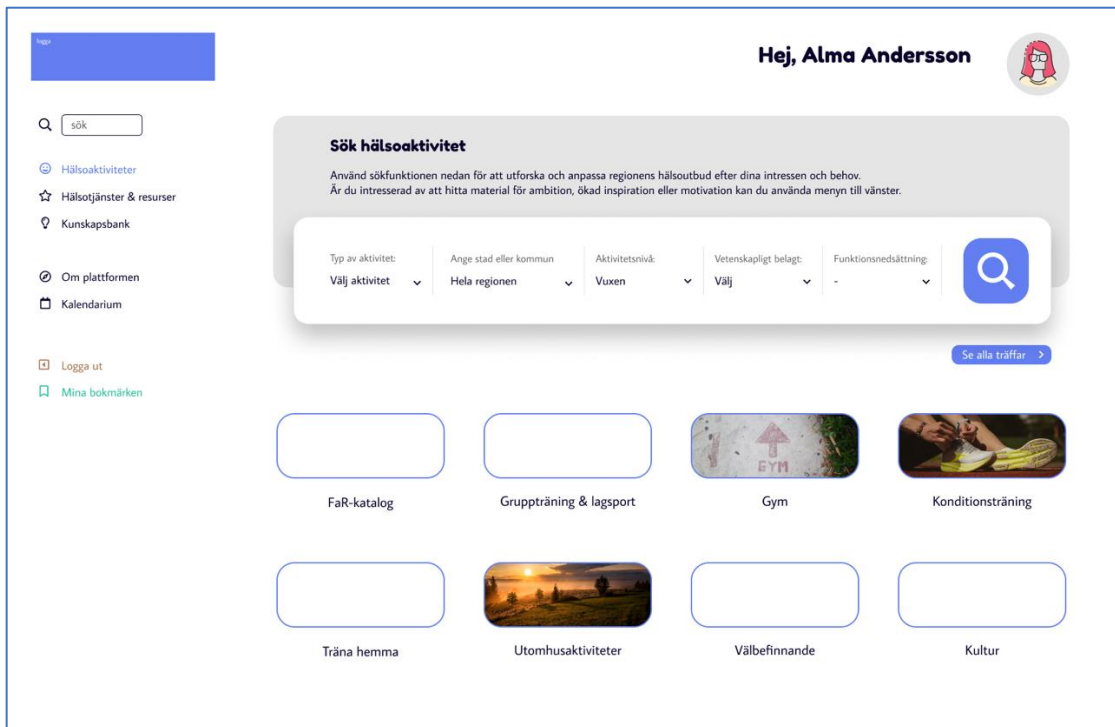
Vid val av Hälsoaktivitet är det möjligt att förfina utbudet efter vilken typ av aktivitetskategori som är av intresse, var aktiviteten anordnas, inom vilken kommun eller stad med ytterligare val att välja område, och vilken nivå aktiviteten ska vara anpassad för. De tidiga färgmarkeringarna som i skisser indikerade vem som

erbjöd aktiviteter eller var avsändaren för information är nu borta, och i stället används filtret *Kategorisering* för att välja vilket typ av innehåll som önskas visas. Det är på så sätt möjligt att filtrera efter material som har olika evidensnivå utifrån de tre alternativen som visas i Tabell 7. Detta är vår rekommendation och lösningsförslag för att tackla den skepsis som uttryckts mot vissa aktiviteter och typer av innehåll, samtidigt som denna filtrering möjliggör för plattformen att bli bredare än den redan existerande FaR-katalogen och det större utbudet kan bemöta den breda definitionen av hälsa. Kategoriseringen definieras närmare i kapitel Kvalitetssäkring av innehåll i plattformen, sidan 38. Det sista filtreringsalternativet är funktionsnedsättning, alla alternativ visas nedan.

Tabell 7 Ytterligare sökalternativ för Hälsoaktivitet

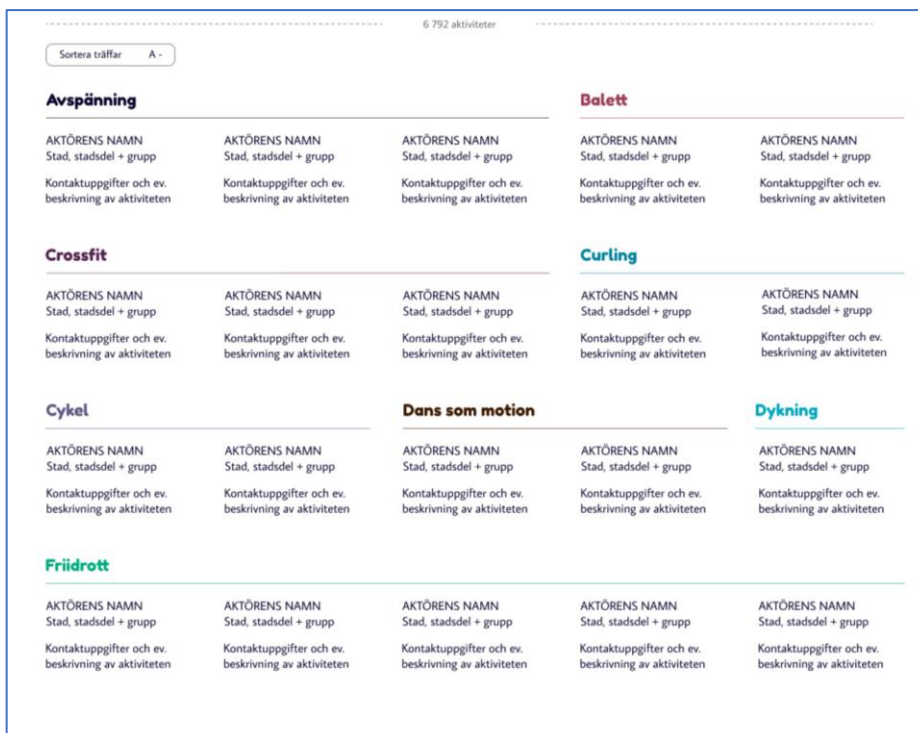
Hälsoaktiviteter				
Typ av aktivitet:	Ange stad / kommun:	Nivå, anpassad för:	Kategorisering:	Funktionsnedsättning:
Alla aktiviteter		Alla	Alla kategorier	Syn
FaR-katalog		Nybörjare	Stark koppling till ett längre, hälsosammare liv	Hörsel
Gruppträning		Prova på-aktiviteter	Svagare koppling till ett längre, hälsosammare liv	Rörelse
Gym		Lovaktiviteter	Övrigt. Oklar koppling	Kognitiv
Konditionsträning		Familjeaktiviteter		
Träna hemma		Barn		
Utomhusaktiviteter		Ungdom		
Välbefinnande		Vuxen		
Kultur		Gravid		
		Senior		

Om en användare vill utforska i hela innehållet är det dock möjligt att göra så genom att klicka på *Se alla träffar* som visas i Figur 20.



Figur 20 Vyn som visas när man söker aktiviteter utan filtrering.

Utöver dessa alternativ vid sökning efter en passande hälsoaktivitet är det möjligt att sortera de resultat som sökningen ger efter bokstavsordning. I prototypen är det rubriken för aktivitetskategorierna som sorteras efter bokstavsordning, innehållet i respektive kategori sorteras per automatik i bokstavsordning, alltså efter aktörernas respektive namn.

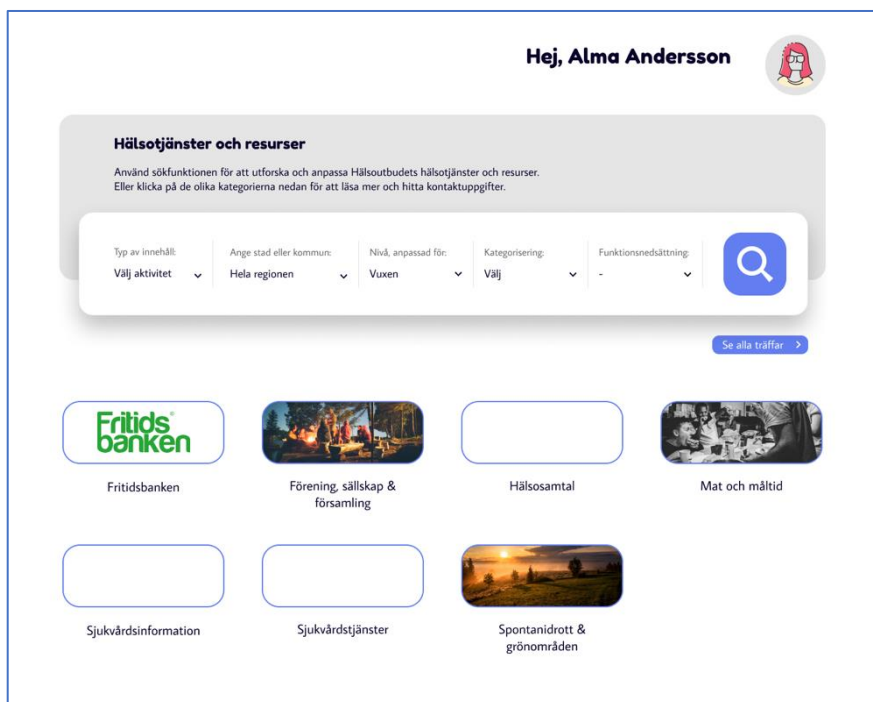


Figur 21 Sökresultat

Att sortera efter, eller markera, pris är intressant för att utbudet ska vara tillgängligt för alla och kräver vidare undersökning eller beslut om vilken typ av information som krävs vid inmatning eller hämtning av innehållet. Om inte pris för respektive aktivitet kan skrivas ut kan en alternativ lösning vara att gruppera de aktiviteter som ses ha en låg kostnad jämfört med de andra utifrån en schablon eller riktlinje.

Hälsotjänster och resurser

Hälsotjänster och resurser innehåller länkar till relevanta initiativ, kontaktvägar, och generell information som regionen redan erbjuder. Förslag på denna typ av innehåll är att inkludera de fritidsbanker som finns för att på ett sätt bemöta den input kring att det samlade hälsoutbudet ska visa på alternativ för alla, oavsett ekonomi och kostnader. Förening, sällskap och församlingar syftar bemöta aspekter kring social gemenskap, att visa på de kontaktvägar som finns till de olika grupper som finns. Mat och måltid är samlingsnamnet för den information och kontakter som finns kring och till relaterat innehåll: matvanor, kroppsuppfattning och självbild, måltiden som social och kulturell aktivitet. Spontanidrott och grönområden är aspekter som anses viktiga att ha med, och det kan finnas korskopplingar mellan denna kategori och *utomhusaktiviteter* under *Hälsotjänster*.



Figur 22 Hälsotjänster och resurser med underkategorier

Kunskapsbanken

Kunskapsbanken är indelad i de tre underkategorierna *Ambition*, *Inspiration* och *Motivation* vilket är ett resultat från vår workshop-serie. Vilket typ av innehåll som hör till vilken del synliggörs i Tabell 8 nedan.

Tabell 8 Struktur för Kunskapsbanken med underrubrikerna *Ambition*, *Inspiration* och *Motivation*.

Kunskapsbank		
Ambition	Inspiration	Motivation
Kostplanering	Recept	Föreläsningar
Träningsplanering	Kostplanering	Artiklar, böcker och läsmaterial
Tankestöd & hjälp	Träningsplanering	Podcasts
Stresshantering	Stresshantering	Utbildningsmaterial
	Sömn	
	Berättelser	
<i>Nivå, anpassad för Funktionsnedsättning</i>	<i>Nivå, anpassad för Funktionsnedsättning</i>	<i>Nivå, anpassad för Funktionsnedsättning Stad eller kommun</i>

Innehållet i *Ambition* syftar till att skapa en inriktning, vara en grund för realistisk målsättning för en hälsosammare livsstil. Berör information kring hur vi bör tänka kring hälsa och hur vi ska tackla svårigheter eller problem, här blir det viktigt att inkludera kontaktuppgifter till aktörer som kan vara behjälpliga med denna typ av frågor.

Visst innehåll förekommer i fler än en kategori då det finns paralleller dem emellan, därför återkommer kost- och träningsplanering samt stresshantering under *Inspiration*. Denna kategori innehåller även recept, information om sömn och tips om en förbättrad sömn, och berättelser från andra som har uppnått bättre hälsa.

Alla workshopgrupper har nämnt att kunskapen kring hälsa måste bli högre och bättre, och under *Motivation* samlas därför utbildningsmaterial och information i olika form. Föreläsningar innebär här ett samlat utbud av rörligt material från exempelvis kommunala eller regionala event inom temat hälsa, YouTube-klipp, öppna föreläsningar från forskare eller författare, etc. Vissa tar bäst till sig information genom att läsa och därför finns underkategorin som samlar artiklar, böcker och annat läsmaterial, medan andra föredrar att lyssna och därför bör även sådant material inkluderas. Utbildningsmaterial lyftes fram av olika deltagare som ett starkt hjälpmedel för framför allt nyanlända och där bör Länsstyrelsens MILSA inkluderas, matlagingskurser, men även annat material som regionen kvalitetssäkrat.

Tillgänglighetsdirektiv och riktlinjer

Det är viktigt att en plattform för ett samlat hälsoutbud följer de tillgänglighetsdirektiv som innebär att alla ska kunna hantera och uppfatta digital information på webbplatser, och digitala tjänster, och följer den europeiska standard som införts (DIGG, u.d.). Riktlinjer påverkar alla delar av framtagandet av en digital tjänst och plattform så som design och utveckling, men även innehållsskapare och digitalt ansvarig. Vissa aspekter som faller under tillgänglighetsdirektiven har lyfts fram under förstudien och därefter prototypen, så som syntolkning av innehåll, information i olika nivåer, flera navigationsmöjligheter, rubriker och struktur; men det finns många fler som påverkar en eventuell vidareutveckling av en digital tjänst som denna.

Övriga riktlinjer kan vara grafisk profil eller andra standarder som finns för material som är organisations- eller varumärkesspecifikt. Som nämns tidigare i rapporten har denna typ av begränsning och ram inte funnits för det lösningsförslag som tagits fram i förstudien. Vid en vidare utveckling och fortsatt arbete bör därför en lösning anpassas efter den struktur som beslut om organisation och ägarskap innebär, alternativt skapas för en ny struktur.

Kvalitetssäkring av innehåll i plattformen

De hälsoaktiviteter, hälsotjänster och kunskapsbank som tillgängliggörs via plattformen behöver kvalitetssäkras. Det är organisationen runt den digitala plattformen som står som avsändare och det blir därför en del av funktionerna som organisationen behöver utföra, se kapitel Organisering, ägarskap samt finansiering, sidan 40.

Kriterier för Hälsoaktiviteter och hälsotjänster

För hälsoaktiviteter och hälsotjänster i plattformen, se Figur 19 ovan, finns det tre kategorier med olika krav på innehåll och kvalitetssäkring. När man söker efter aktiviteter och tjänster kan användaren välja vilka kategorier som ska komma upp, se Tabell 7. Anledning till dessa tre kategorier är ett behov av både bredd och evidensbaserad framkommit under workshoparna. Ett behov av nya, mätbara nyckeltal, utanför den

traditionella evidensen, för att säga om något är hälsosamt har också framkommit under workshoparna. Här föreslås en kategorisering kopplat till ett långt och hälsosamt liv för att adressera dessa behov.

Anledningen till kategoriseringen handlar om att tillgodose behovet av både bredd och evidensbaserings på samma plattform. Bredd handlar om att det behöver finnas många olika aktiviteter och tjänster (som nämndes redan i den första workshopen, med KC Levnadsvanor o i workshop med hälsosamtalsledare), definition av hälsa som tagits fram, sidan 31 och vikten av en bra mix av aktiviteter för individen (ref workshop 3 med privat vårdgivare). Evidensbaserings handlar om trovärdighet för organisationen och plattformen, att den ska kunna användas av professionen i tex hälsosamtal (togs upp exempelvis i workshop med hälsosamtalsledare) och medborgarnas behov av vetenskaplig information. När det kommer till olika metoder och hur de är beforskade så är det också viktigt att tänka på att de aktiviteter som erbjuds i sig inte är med i någon studie, utan använder sig av en beprövad metod, och då påverkas kvaliteten mycket av hur den implementerats utanför forskningsstudien.

Den primära målgruppen har ett behov om korrekt information om vad som bidrar till ett längre liv. Kategoriseringen möjliggör att individen kan välja aktiviteter med mest belägg för att leda till ett längre liv, samtidigt som aktiviteter med svagare belägg men som är mer intressanta för individen också finns med. Det här behovet kommer att testas med målgruppen i ett senare skede.



Figur 23 Kategorier för Hälsoaktiviteter och Hälsotjänster.

Kategoriseringen, se Figur 23, baseras på kopplingen till ett längre och hälsosammare liv och kan ses som en förenkling av en skala där ena änden beskriver aktiviteter som man är säker på leder till ett längre liv, och i andra ändan aktiviteter som inte påverkar livslängden överhuvudtaget. Kategoriseringen baseras på effektstorlek av en aktivitet för en individ och andelen individer som uppskattas uppnå den här effekten. Den delen av hälsa (ett hälsosamt liv) som främst beror på vad olika individer tycker är kul och mår bra av har en stor individuell variation, därför är den svår att belägga med evidens för enskilda individer och därför är det viktigt att inte ställa höga krav på evidens för alla aktiviteter i plattformen. Behovsbilden under workshoparna på att dessa typer av aktiviteter är viktiga och saknas i tex den befintliga FaR-katalogen. Andra liknande initiativ, VGR katalog för fysisk aktivitet, har också breddat sitt utbud till att även inkludera aktiviteter som i dagsläget inte har något starkt belägg för att leda till ett långt liv, men som man anser bidra till hälsa på andra sätt. I den digitala plattformen är det sedan möjligt att söka efter hälsoaktiviteter och hälsotjänster inom de olika kategorierna.

Ett grundläggande kriterium för alla nedanstående kategorierna är att man inte missleder och påstår att man har mer belägg för att en aktivitet leder till hälsa än vad man har.

Stark koppling till ett längre, hälsosammare liv

Hälsoaktiviteter och hälsotjänster i den här kategorin uppfyller kravet på att det ska finnas bevis för att aktiviteten har en stark koppling till ett längre, hälsosammare liv för en stor andel av befolkningen.

Idag hotas människors hälsa och livslängd både av icke-smittsamma sjukdomar och mental ohälsa. Aktiviteter som bidrar till att minska riskfaktorer för icke-smittsamma sjukdomar och mental ohälsa kan på så sätt bidra till längre och hälsosammare liv. Ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskkonsumtion av alkohol formar de största riskerna för utvecklingen av icke-smittsamma sjukdomar (Region Skåne, 2020). Aktiviteter som adresserar dessa vanor kan räknas till dem som har en stark koppling till ett längre och hälsosammare liv.

Kopplingen bör vara stark på det sättet att aktiviteten i sig har evidens, eller är belagd med beprövad erfarenhet, för att leda till minskade riskfaktorer för en stor del av populationen. Peer-to-peer enligt beprövad metodik skulle kunna ingå i denna kategori.

Svagare koppling till ett längre, hälsosammare liv

Hälsosamma aktiviteter och hälsoaktiviteter i den här kategorin kan bidra till hälsosammare levnadsvanor men som inte har en lika stark koppling till förebyggandet av icke-smittsamma sjukdomar och mental ohälsa.

Det kan vara en aktivitet där sambandet är starkt, men inte för en lika stor andel av befolkningen. Eller en aktivitet där kunskapen om sambandet mellan aktiviteten och hälsosamma levnadsvanor i dagsläget är oklar, men som troligen bidrar till ett längre och hälsosammare liv. Under workshoparna samtalandes om aktiviteter som bidrar till social gemenskap och exempelvis avslappning som svår-kategoriserade då de ensamma inte bidrar till bättre hälsa för alla, men kan vara nödvändiga för många. Aktiviteternas påverkan på hälsan kan sägas vara kontextberoende.

Övrigt, oklar koppling

Aktiviteterna i denna kategori saknar bevis för att de främjar hälsan på något sätt men det finns inte heller bevis för att hälsan skadas. Dessa aktiviteter har en väldigt svag koppling till ett längre och hälsosammare liv och kan inkluderas baserat på målgruppens intresse i dem. Kategorin kan också användas som en instegskategori innan någon i organisationen har granskat och gett aktiviteten eller tjänsten en korrekt kategorisering.

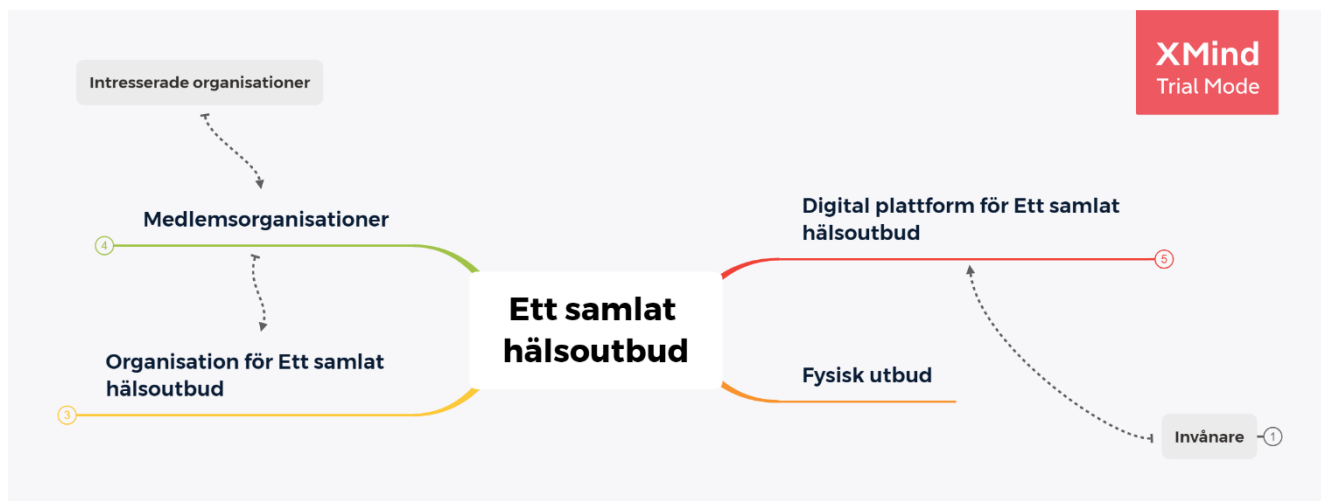
Kriterier för Kunskapsbank

När det kommer till kvalitetssäkring av kunskapsbanken i den digitala plattformen är rekommendationen här är att den erbjudna informationen ska vara i linje med de myndighetsrekommendationer och publikationer som finns, tex Folkhälsomyndighetens rekommendationer (Folkhälsomyndigheten, u.d.) och kostråd från Livsmedelsverket (Livsmedelsverket, 2021). För att säkerställa att det är så rekommenderas att texterna skrivs av sakkunniga inom området och granskas av experter.

Organisering, ägarskap samt finansiering

En utgångspunkt för förstudien har varit att det krävs organisering, utöver den digitala funktionen som adresseras i prototypen, för att i praktiken realisera visionen om *Ett samlat hälsoutbud*. Kontext och innehåll i denna vision visas i Figur 24.

Utgångspunkten kommer bland annat från workshop-serien där det framkommit en bild som visar på att det, i nuvarande ekosystem, finns brist på dialog för att skapa gemensamma lösningar över organisatoriska- och geografiska gränser. Workshopserien visar också att en digital plattform som matchar utbud från olika aktörer och efterfrågan på hälsoaktiviteter från invånarna (exempelvis FaR-katalogen) är otillräcklig. Utifrån det beskriver vi i det här avsnittet aspekterna: organisation, ägarskap, förvaltning och finansiering. Samtliga aspekter påverkar varandras utformning, och den samlade bilden är begränsad av de aktörer som vi haft kontakt med under förstudien samt tillhörande kartläggning.



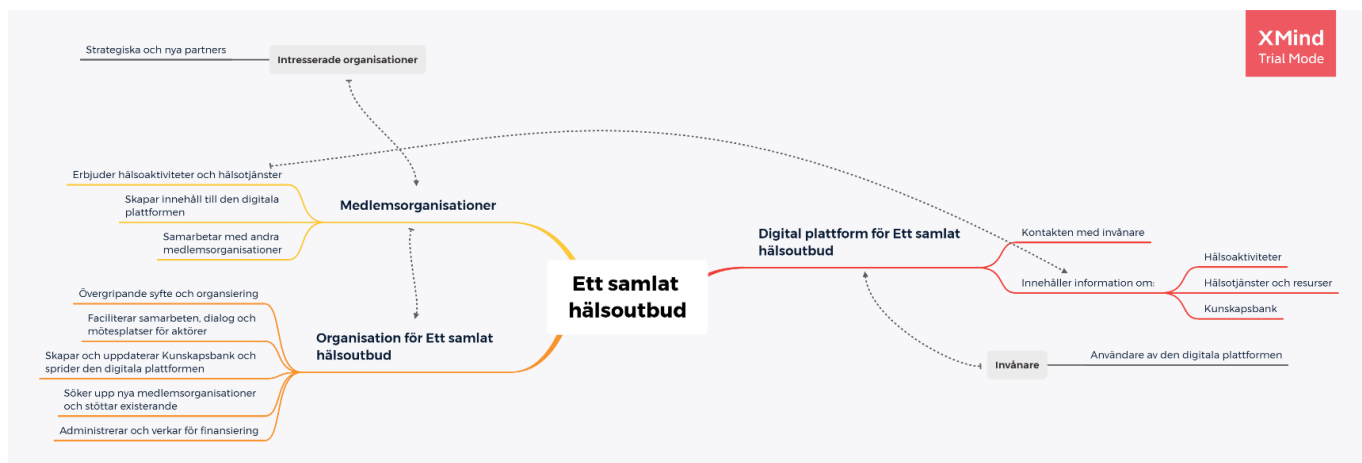
Figur 24 Den organisatoriska kontexten och innehållet i konceptet Ett samlat hälsoutbud

Organisation

Organisations-aspekterna påverkas av tolkningen och ambitionen av vad som ska ingå inom *Ett samlat hälsoutbud* och hur avgränsningen ser ut. Förstudien initierades utan tydliga avgränsningar gällande vilka behov eller typer av aktiviteter och funktioner som ska inkluderas inom *Ett samlat hälsoutbud*. En utgångspunkt har därför varit att avgränsningar behöver formuleras av alla ingående parter gemensamt. Scenariot är en bred tolkning som inkluderar hela utbudet som idag tillhandahålls av såväl offentlig sektor, näringsliv och civilsamhällesaktörer (där ideellt föreningsliv ingår). Ett tydligt perspektivskifte som då behövs är att gå från dagens ekosystem, som är organisationscentrerat, till ett ekosystem som är individcentrerat – vilket stämmer även överens med de önskade förflyttningarna i Framtidens hälsosystem. Detta innebär ett ekosystem där användarupplevelsen inte är knuten till specifika leverantörer av en specifik del av utbudet, utan medborgaren kan röra sig sömlöst.

Ur kontexten framgår det att *Ett samlat hälsoutbud* bara kan skapas av ett flertal aktörer tillsammans, och initialt är det viktigt att nå en kritisk massa i ekosystemet av aktörer för att etablera början på skiftet. Vidare är kunskapen om behov, engagemang och kompetens decentraliserat i systemet, både geografiskt och inom olika grupper, varför det krävs lokal förankring för att realisera *Ett samlat hälsoutbud*. Att informationen är decentraliserad påverkar även organisationens möjligheter när det kommer till arbetssätt för att ta vara på informationen i syfte att realisera sitt syfte.

Sammantaget bör organisationen kring *Ett samlat hälsoutbud* ta en faciliterande roll och fokusera på funktioner och tjänster som varje enskild aktör i ekosystemet idag inte klarar av att realisera eller möjliggöra på egen hand. Med ett tydligt fokus på att facilitera andra aktörers arbete, och inte nödvändigtvis i sig självt bidrar till aktivitetsutbudet, väljer vi att kalla det för en plattformorganisation. Det leder också till att plattformorganisationen kommer behöva vara en möjliggörare av flera parallella lösningar som utgår ifrån kontextuella faktorer kopplade till geografiska förutsättningar samt olika målgruppers behov. De olika delarna och deras samverkan illustreras i Figur 25 nedan.



Figur 25 Ett samlat hälsoutbud olika delar och hur de är associerade med varandra.

I den faciliterande rollen bör det, utöver en teknisk funktionalitet, ingå att skapa dialog-ytor som både samlar information kring behov som finns i ekosystemet, möjliggör samtal mellan aktörer, och överbygger organisatoriska och geografiska gränser. Detta skulle hjälpa medlemsorganisationerna att hitta nya samarbetspartners, ett behov som har belysts under workshoparna. Allt med syftet att minska hinder för ett effektivt ekosystem kopplat till hälsa i Skåne.

Plattformsorganisationen ska koordinera kompetens som möjliggör nya lösningar, där exempelvis kostnaden för investeringar i digital infrastruktur finansieras gemensamt och lösningen använder standardisering av dataflöden som öppnar för AI-applikeringskrav som kräver mycket data och har en hög utvecklingskostnad. Digital infrastruktur kommer även behövas för att kunna driva den digitala plattformen, se High fidelity prototyp, sidan 32. Till det kommer en förvaltande funktion som möjliggör ett sätt för hur information ska samlas in till utbudet, utformandet av detaljnivå, samt en struktur för hur informationen ska uppdateras.

Plattformsorganisationen behöver uppfylla dessa avgränsade funktioner:

- Förvalta och driva den digitala plattformen
- Främja ett utökat hälsoutbud
- Nå ut till invånare med information om att *Ett samlat hälsoutbud* finns
- Möjliggöra kvalitetssäkring av innehåll
- Ägande av data för att möjliggöra för medlemsorganisationer att hitta datadrivna lösningar
- Plattformsorganisationen kan också agera yta för kommuner och andra aktörer att få stöd i metodik, som en facilitator för spridning av kunskap och implementering av framgångsrika arbetssätt.

Ett **exempel** på hur plattformsorganisationen kan jobba med funktionen att "Främja utökat hälsoutbud" uppkom i ett samtal med RF-SISU. Där beskriver de hur administrativa krav påverkar föreningsbildningen negativt, samt att det råder kompetensbrist vilket gör att alla föreningar som skulle kunna realiserats inte gör det. De lyfter fram en möjlig lösning med en administrativ resurspool, något som även verkar finnas i mindre skala lokalt. Exemplet utgår ifrån ett behov identifierat av en aktör inom *Ett samlat hälsoutbud*, en resursbrist som hindrar. Samtidigt framgår inte möjligheterna att styra vilken typ av föreningar som önskas främjas, det bör dock vara en separat fråga som inte plattformsorganisationen i sig behöver ta ställning till, utan den bör fokusera på att facilitera och möjliggöra flera parallella lösningar som möter organisatoriska mål som finns hos medlemsorganisationerna.

Ägarskap och initiativ till att skapa *Ett samlat hälsoutbud*

Frågan om ägarskap påverkas i stor utsträckning av vad som i slutändan inkluderas inom konceptet *Ett samlat hälsoutbud*. En utgångspunkt i förstudien har varit att ägarskapet inte måste ligga inom Region Skåne, vilket motiveras av att kontexten har ett flertal aktörer med gemensamma intressen vars respektive måluppfyllelse kan stärkas genom ett gemensamt arbete med *Ett samlat hälsoutbud*, samt att det endast kan realiseras av flera aktörer tillsammans. Med utgångspunkt i Region Skåne som initiativtagare är det tydligt att *Ett samlat hälsoutbud* inkluderar såväl aktörer inom offentlig sektor som näringsliv samt föreningsliv och civilsamhällesaktörer.

I ett förändringsledningsperspektiv handlar ägarskap om att ett antal organisationer har internaliserat visionen och konceptet kring *Ett samlat hälsoutbud*, och därigenom intar ägarskap. Det innebär att det finns ett aktivt samtal på flera nivåer (strategisk och operativt) inom respektive organisation som är med. Samtalsprocessen är det som driver på förflyttningen mot att *Ett samlat hälsoutbud* realiseras i praktiken.

Plattformsorganisationen behöver även inom ägarskap inta en faciliterande roll och arbeta strategiskt för att etablera ägarskap, samtidigt som ägarskapet endast kan manifesteras inom initiativtagarna och medlemsorganisationer i *Ett samlat hälsoutbud*. Det är också viktigt att tidigt inkludera de parter som i förlängningen ska vara en del av det framtida nyläget, vilket synliggör att det är viktigt att tidigt påbörja en dialog med aktörer utanför offentlig sektor, som arbetsgivarorganisationer, fackförbund, försäkringsbolag med flera.

För att ägarskap inom respektive medlemsorganisation ska etableras krävs strategiskt arbete som identifierar rådande beslutsstrukturer och nyckelpersoner för att via dem fastställa mandat att internalisera ägarskap i organisationen i sig. Det manifesterar sig exempelvis genom att aktiviteter som stödjer *Ett samlat hälsoutbud* finansieras och prioriteras i konkurrens med andra strategier och organisatoriska mål.

I ett första steg att bredda förankringen av ägarskapet i ekosystemet bör därmed en konstellation av initiativtagare skapas. Förbundet Skånes kommuner, RF-SISU och Länsstyrelsen är tre tänkbara aktörer som kan ingå, samtidigt som de inte bör begränsas till just dem.

Initiativtagarna har stor möjlighet att initialt avgränsa och ta fram ramverket för plattformsorganisationen, och en del av ägarskapet är kopplat till behovet av att kunna göra kravställning av utbudet. Samtidigt utgörs utbudet av ett flertal aktörer och utöver en låg tröskel att medverka bör även ägarskap med möjlighet att påverka utvecklingen av plattformsorganisationen tas hänsyn till vid utformningen av den juridiska form som plattformsorganisationen tar.

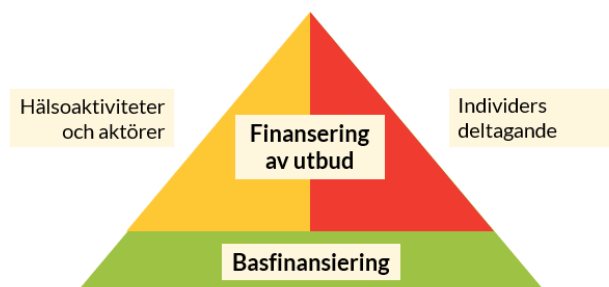
Finansiering

Kring *Ett samlat hälsoutbud* har finansiering i huvudsak två funktioner, basfinansiering och utbudsfinansiering, se Figur 26. Basfinansiering, finansierar uppbyggnaden samt förvaltning och utveckling av plattformsorganisationen som faciliterar det samlade hälsoutbudet samt den tekniska plattformen.

Den andra funktionen, utbudsfinansiering, är finansiering av olika delar av utbudet som tillgängliggörs via *Ett samlat hälsoutbud*, finansiering av aktiviteter och resurser som behövs i anslutning till dem. Detta är en funktion som plattformsorganisationen i sig ska möjliggöra. Med det menas inte att alla aktiviteter i utbudet ska finansieras via plattformen, utan att plattformen ska möjliggöra nya finansieringslösningar som kan bredda och stärka utbudet i önskad riktning. Dessa finansieringslösningar påverkas mycket av kontextuella faktorer (variation i behov, lokala resurser och tillgänglig kompetens) och politiska direktiv. Det gör att förstudien inte på förhand kan uttala sig om vilka finansieringslösningar som kommer vara aktuella, samtidigt som det talar för att flera inbördes fristående lösningar kan och bör genomföras parallellt. Utbudsfinansieringen kan i sin tur delas in i två delar, Finansiering av aktiviteter och aktörer samt Finansiering av kostnader kopplade till specifika individer.

Finansieringen kan alltså struktureras enligt:

1. Basfinansiering för plattformorganisationen: en grundfinansiering för drift och utveckling
2. Utbudsfinansiering
 - a. Utbudsfinansiering - hälsoaktiviteter och aktörer
 - b. Utbudsfinansiering - individers deltagande



Figur 26 Finansiering kan delas in i två delar, basfinansiering och finansiering av utbud. Inom utbudsfinansiering finns delarna finansiering för hälsoaktiviteter och aktörer samt individers deltagande.

Basfinansieringen syftar till att säkra en infrastruktur för *Ett samlat hälsoutbud*, och bör därför vara kopplad till initiativtagarna till plattformen. Finansiering kan ske gemensamt av flera medlemsorganisationer eller bäras av några starka aktörer. Exakt vilka funktioner som ska ingå behöver definieras av initiativtagarna tillsammans. Ett uppslag av centrala funktioner att utgå från har identifierats i förstudien och finns under rubriken organisation ovan. I en uppstartsfas finns också möjlighet att söka olika former av projektutlysningar som möjliggör att plattformorganisationen och dess grundfunktioner

kan ta form praktiskt. En rekommendation är att titta närmare på utlysningar så som regionala utvecklingsmedel t ex inom ramen för European Regional Development Fund, ERUF (Kołodziejcki, 2021).

Basfinansiering blir en del av det strategiska arbetet i att etablera plattformorganisationen och kommer också leda till att fler kontaktytor till medlemsorganisationer skapas.

Utbudsfinansiering inom *Ett samlat hälsoutbud* handlar om preventiva insatser som kan vara på universell, selektiv eller indikerad nivå, där de senare två kategorierna är avgränsade till en specifik målgrupp eller ett specifikt behov. Den här finansieringen är uppdelad i två delar, *Utbudsfinansiering av hälsoaktiviteter och aktörer* samt *Utbudsfinansiering för individers deltagande*. Finansieringen kommer vara kopplad till specifika organisatoriska mål snarare än de övergripande målen för *Ett samlat hälsoutbud*. Varje enskild medlemsorganisation kan både initiera och samverka med andra medlemsorganisationer för att skapa aktiviteter kring gemensamma mål vilket illustreras i effektlogiken, se Figur 27 nedan.

Finansiering kopplad till specifika individer eller målgrupper kan ha en direkt koppling till funktionalitet i den digitala plattformen. Genom identifiering i plattformen kan vissa delar, hälsoaktiviteter eller funktioner aktiveras, detta beskrivs även ovan i Identifiering och inloggning, sidan 33. Exempelvis skulle personer som har fysisk aktivitet på recept förskrivet kunna komma åt ett speciellt utbud, eller specifika rabatter genom den digitala plattformen. Identifiering i plattformen skulle också kunna användas för att distribuera ett friskvårdsbidrag mellan arbetstagare och arbetsgivare. Ett ytterligare exempel på finansiering av aktivitet som skulle kunna administreras genom plattformen, och som redan finns idag, är lokalt aktivitetsstöd, som idag betalas ut från kommuner till idrottsföreningar, se kapitel Offentlig sektor, sidan 11.

Utifrån finansiering av utbud rekommenderas vidare undersökning av:

- Utfallsersättning för finansiering av preventiva arbetsätt, som exempelvis Hälsoobligationen eller sociala investeringar kring hälsa. Inom detta spår är det viktigt att ha ett tydligt definierat utfall som både kan mätas och accepteras av parterna som finansierar aktiviteten.

- Förutsättningar för gemensam finansiering av satsningar som berör området hälsa. Exempelvis satsningar på integrationsprojekt eller finansiering av lovaktiviteter. Gemensamt är att dessa finansieringslösningar redan finns men att man genom att kanalisera de genom *Ett samlat hälsoutbud* kan nå ut till fler grupper.

Effektmätning och uppföljning

Det övergripande målet med *Ett samlat hälsoutbud* är att bidra till regionens mål "Bättre hälsa för fler", detta har brutits ner till fem övergripande förflyttningar som presenteras här. Förflyttningarna har sedan förfinats och beskrivits i en effektlogik för att möjliggöra implementering och för att följa effekterna stegvis.

Det är viktigt att se den rekommenderade effektlogiken som en första rekommendation, som sedan kan vidareutvecklas och förändras till följd av beslut, yttre omständigheter och förändrade mål. Tillsammans med effektlogiken rekommenderas också flera indikatorer för att följa upp de olika stegen.

Övergripande förflyttningar

Följande förflyttningar som är önskvärde med ett samlat hälsoutbud har identifierats:

Tabell 9 Övergripande förflyttningar för Ett samlat hälsoutbud.

1. Ett samhälle som reagerar, botar och lindrar sjukdomar.	→	1. Ett samhälle som främjar hälsa och reagerar, botar och lindrar sjukdomar.
2. Ojämlig hälsa	→	2. Bättre hälsa för fler och jämlikare
3. Hög incidens av icke-smittsamma sjukdomar och psykisk ohälsa	→	3. Lägre incidens av icke-smittsamma sjukdomar och högre psykisk hälsa
4. Låg hälsolitteracitet	→	4. Hög hälsolitteracitet
5. Levnadsvanor som inte är tillräckligt hälsosamma	→	5. Hälsosammare levnadsvanor för fler och mer jämlikt

Effektlogik

Effektlogiken adresserar behov och resurser på samhällsnivå samtidigt som individerna i den primära målgruppen för Ett samlat hälsoutbud i sin tur har behov och resurser på individnivå. Effektlogiken beskriver hur ett samlat hälsoutbud kan påverka lång- och kortsiktiga mål/effekter genom att adressera ett antal behov, kombinera olika resurser i en rad aktiviteter som resulterar i ett direkt resultat. Ett resultat som sedan, förhoppningsvis, leder till de önskade effekterna eller förändringar på systemnivå.

I Figur 27 syns en effektlogik för ett samlat hälsoutbud. **Behov och mål** som har identifierats under workshoparna är Främja goda levnadsvanor, Samla resurser som främjar goda levnadsvanor, Samla resurser för att möjliggöra många olika hälsoaktiviteter, Fler samarbeten mellan olika aktörer, Samordning över förvaltningsgränser samt lokal förankring. Behoven kring samarbeten handlar om att motverka en del av den resursbrist som har identifierats. Kommunala samarbeten för att dela speciella lokaler, samarbeten mellan föreningsliv och kommun för att planera vilka resurser som behövs för att stödja föreningslivets aktiviteter (idrottshallar, motionsspår, simhallar, spontanidrottsplatser med mera har kommit upp, och i ett långsiktigt perspektiv detaljplaner).

Viktiga **resurser** som har identifierats är Finansiering, Befintliga samarbeten mellan kommuner och föreningsliv, Befintliga arbeten med hälsoaktiviteter i kommunal och regional regi, det breda utbud av

aktiviteter för rörelse som finns idag, samt resurser i form av lokaler, idrottsplatser, utegym med mera. Det finns dock ofta brister i dessa resurser också, både brister på lokaltillgång och svårt att hitta ledare. Men även en generell brister på speciellt anpassade aktiviteter.

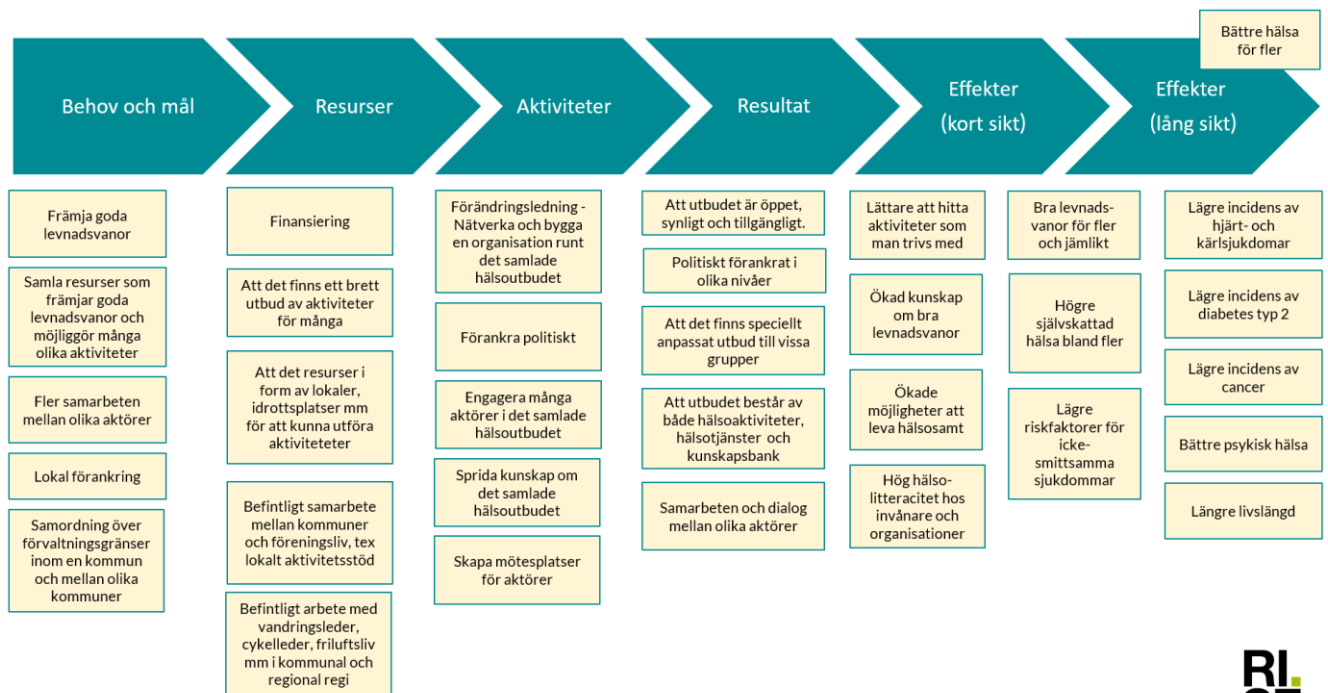
Aktiviteter som har identifierats som viktiga för att realisera Ett samlat hälsoutbud handlar om Förändringsledning, strategiskt nätverkande och bygga en organisation runt det samlade hälsoutbudet, att förankra idén på politisk nivå och att engagera många olika aktörer. Det handlar om att sprida kunskap om det samlade hälsoutbudet, skapa mötesplatser för aktörer för att främja samverkan samt aktiviteter för att nå ut till och engagera så många aktörer som möjligt. När det kommer till att sprida plattformen till invånarna rekommenderas att göra detta i stor utsträckning via sociala medier och patientföreningar, men även traditionellt via vårdcentraler och informationsblad.

Samarbeten mellan olika aktörer skulle också kunna medverka till att man når ut till fler olika grupper, det har under workshoparna exempelvis framkommit att genom samarbete mellan olika kulturföreningar och idrottsföreningar skulle detta kunna ske.

Det är viktigt att tänka på de föreslagna identifierade aktiviteterna som en första rekommendation och inte en uttömmande lista. Beroende på beslut kring innehåll, medverkande och annat kommer aktiviteterna att behöva anpassas och bli fler.

Dessa aktiviteter kommer att leda fram till en rad olika **resultat**, viktiga resultat är ett samlat hälsoutbud som är öppet, synligt och tillgängligt för alla och politiskt förankrat på olika nivåer. Det är också viktigt att det finns speciellt anpassat utbud och att utbudet består av både hälsoaktiviteter, hälsotjänster och kunskapsbank. Mycket att detta visas i kapitel High fidelity prototyp ovan, sidan 32. Ett annat viktigt resultat, som istället realiserats genom plattformorganisationen, är samarbeten och dialog mellan olika aktörer, se Organisering, ägarskap samt finansiering, sidan 40.

Kortsiktiga effekter som har identifierats är att det som invånare ska vara lättare att hitta aktiviteter man trivs med, högre kunskap om vad goda levnadsvanor är, ökade möjligheter att leva hälsosamt. Ytterligare en kortsiktig effekt som beskrivs är en högre hälsolitteracitet hos både invånare och organisationer. Detta bör i sin tur leda till effekterna bättre levnadsvanor, en högre självskattad hälsa hos invånarna och lägre riskfaktorer för icke-smittsamma sjukdomar och psykisk ohälsa. **Långsiktiga effekter** av detta handlar om högre psykisk hälsa, en minskad incidens av levnadsvanorelaterade sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och vissa typer av cancer och längre livslängd.

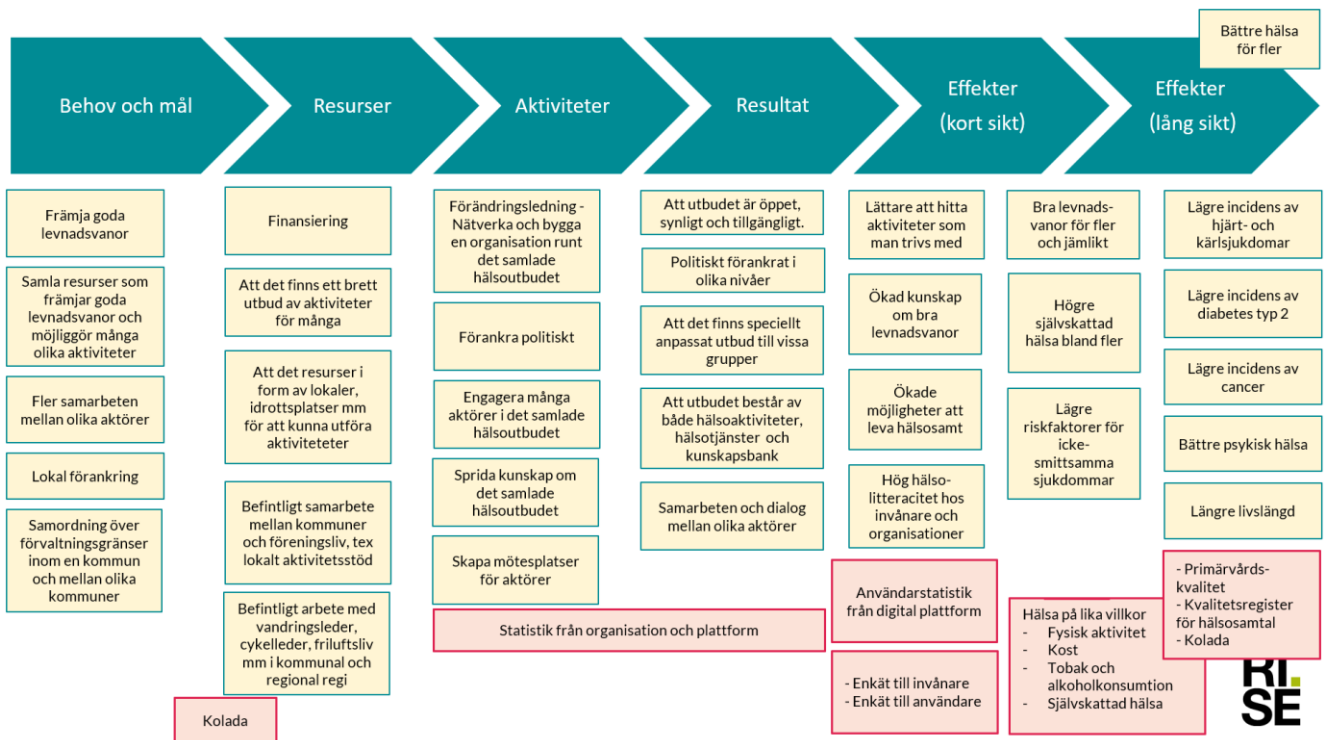


Figur 27 Effektlogik för Ett samlat hälsoutbud.

Uppföljning - Mäta effekter

Uppföljningen av en implementering av *Ett samlat hälsoutbud* behöver ske på flera olika nivåer, precis som insatserna som beskrivs i effektlogiken. Det handlar om att följa upp plattformens organisationen och arbetet runt den, samt de hälsoeffekter som man vill uppnå på både kort och lång sikt. I Figur 28 syns en övergripande bild av effektlogiken och identifierade variabler för att följa den.

Utifrån de sätt att mäta effekter som kartlagts ovan, både i öppna datakällor (sidan 19) och hur andra liknande initiativ har gjort (sidan 17), så har relevanta variabler för det samlade hälsoutbudet identifierats. Det handlar om variabler som berör både hälsa och levnadsvanor, spridning av plattformen och hälsolitteracitet.



Figur 28 Effektlogik med källor för att följa upp önskade delar.

Resurser handlar både om utbudet i plattformen och andra resurser för att möjliggöra dessa aktiviteter och tjänster. De första kan följas upp genom att analysera utbudet i plattformen för det samlade hälsoutbudet. Här är det viktigt att man i implementeringen av plattformen utvecklar mätning för detta.

De andra formerna av materiella resurser i form av fotbollsplaner, elljusspår och idrottshallar kan följas i Kolada, se Tabell 10. Eftersom goda levnadsvanor även handlar om transporter finns också cykelvägar med. Det är viktigt i den här delen av effektuppföljningen att även analysera andra resurser som saknar direkta indikatorer, vilka dessa är behöver följas upp i ett fortsatt projekt. När det kommer till uppföljning av resurser blir det viktigt att följa upp hur dessa fördelar sig inom Skåne, mellan olika kommuner, samt mellan olika grupper, för att följa en jämlik fördelning av resurser. Uppföljningen rekommenderas göras kommunvis, för att säkerställa närhet till aktiviteter för invånarna och den lokala förankringen för plattformens organisation som har identifierats, se avsnitt kring Organisation, ägarskap och finansiering.

Tabell 10 Indikatorer från Kolada om resurser i kommunen som främjar goda levnadsvanor.

Indikator
Cykelväg i kommunen, kommunal, meter/invånare
Idrottshallar samtliga, antal/10 000 invånare
Fotbollsplaner, antal/10 000 invånare
Anläggningar med elljusspår, antal/10 000 invånare

Aktiviteter och **resultat** för det samlade hälsoutbudet bör följas upp med avseende på utbud och användarstatistik. Utbudet kan följas upp genom analys av aktiviteterna, med frågeställningar om bredd på aktiviteter och hur de är fördelade geografiskt. Tillgänglighetsanpassade aktiviteter bör följas upp separat med den målgruppen som aktiviteterna riktar sig till.

Användarstatistik om hur plattformen används, och av vilka rekommenderas även att analyseras. Exempelvis är det av intresse att undersöka om plattformen används i hela region Skåne, bland olika åldersgrupper,

könstillhörigheter, och olika etnisk bakgrund. Här är det viktigt att designa plattformen för att kunna samla in den här typen av data och ta hänsyn till integritet och legala aspekter (GDPR). Frågor om vad användarna tycker kan också ställas, vilket kräver att passande frågor tas fram. Det är också viktigt att följa upp varför personer väljer att inte använda plattformen. Förutom användarstatistik från plattformen bör detta utvärderas via enkät till användare samt för att adressera varför den inte används till invånare i allmänhet.

Aktiviteterna som har identifierats under arbetet med effektlogiken kan följas upp med processmått på om de har blivit slutförda, det är dock viktigt att ha i åtanke att detta är den del av effektlogiken som med ett vidare arbete kommer att förändras mest och uppföljning på aktivitetsnivå rekommenderas att göras med försiktighet.

De **kortsiktiga effekterna** som handlar om invånarnas levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, alkohol, tobaksanvändning) och självskattade hälsa kan följas i Hälsa på lika villkor. Rekommenderade indikatorer här ses i Tabell 11.

Tabell 11 Indikatorer utvalda för att följa de kortsiktiga effekterna, källa Region Skånes folkhälsoenkät

Indikator	Typ
Andel med bra självskattad hälsa	Självskattad hälsa
Andel med psykiskt nedsatt välbefinnande (GHQ-5)	Självskattad hälsa
Andel med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	Självskattad hälsa
Andel som angett att de för närvarande känner sig ganska eller mycket stressade	Självskattad hälsa
Andel med lätta eller svåra sömnbesvär	Självskattad hälsa
Andel som fått diagnosen depression av läkare det senaste året	Förekomst av sjukdom
Andel med lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän	Självskattad hälsa
Andel med långvarig sjukdom	Självskattad hälsa
Andel med övervikt	Självskattad hälsa
Andel med fetma	Självskattad hälsa
Andel som uppnår 150 minuter fysisk aktivitet per vecka	Självskattade levnadsvanor
Andel som är stillasittande minst 10 timmar om dagen	Självskattade levnadsvanor
Andel med lågt intag av frukt och grönt	Självskattade levnadsvanor
Andel dagligrökare	Självskattade levnadsvanor
Andel som snusar dagligen	Självskattade levnadsvanor
Andel riskkonsumenter av alkohol	Självskattade levnadsvanor
Andel med lågt socialt deltagande	Självskattade levnadsvanor
Ansamling riskfaktorer kopplade till levnadsvanor, ingen risk	Självskattade levnadsvanor

De **långsiktiga effekterna** handlar om sjukdomar som kan förebyggas med goda levnadsvanor och kan följas i variabler som handlar om incidens av dessa. Det handlar om förekomst av diagnoserna kranskärlssjukdom, diabetes, högt blodtryck och ångest i form av andel av de listade som fått denna diagnos under de senaste 5 åren. Variablerna hittas i Primärvårds kvalitetsregistret och kan ses i Tabell 12.

Tabell 12 Indikatorer utvalda för att följa de långsiktiga effekterna

Indikator	Typ	Källa
Förekomst av diagnos kranskärlssjukdom	Hälsa	PrimärvårdsKvalitet
Andel patienter med kronisk sjukdom som fortfarande har otillräcklig fysisk aktivitet efter rådgivning	Hälsa	PrimärvårdsKvalitet
Förekomst av diagnos diabetes	Hälsa	PrimärvårdsKvalitet
Förekomst av diagnos hypertoni (högt blodtryck)	Hälsa	PrimärvårdsKvalitet

Livslängd, män	Hälsa	Kolada
Livslängd, kvinnor	Hälsa	Kolada
Förekomst diagnos ångest	Psykisk hälsa	PrimärvårdsKvalitet
Förekomst diagnos depression	Psykisk hälsa	PrimärvårdsKvalitet

Ett samarbete med kvalitetsregistret som följer upp de samlade hälsosamtalen skulle kunna förstärka uppföljningen av ett samlat hälsoutbud. Dock är det viktigt att inte endast använda variablerna från hälsokurvans kvalitetsregister, då populationen som registret når ut till är relativt smalt. I framtiden skulle en utökning av kvalitetsregistret kunna användas.

Anledningen till att använda kvalitetsregistren är att data, efter prövning av etiknämnden, kan användas för forskning och publicering, inte bara verksamhetsutveckling. Att använda samma data som verksamhetsutveckling i ett första steg gör att man senare kan ansöka om att använda samma data för forskning och publicering, vilket är ett viktigt steg för att fortsätta utveckla evidensbaserade metoder.

6. Diskussion

Ett samlat hälsoutbud kan endast realiseras av en mångfald av organisationers gemensamma kraft. I den här förstudien har många, men långt från alla, organisationer bjudits in för en diskussion. Organisationer som inte har varit med i förstudien är tex patientföreningar och civilsamhällesaktörer samt organisationer inom arbetslivssektorn.

Ambitionen har varit att utvärdera konceptet och prototypen för *Ett samlat hälsoutbud* med målgruppen; 40-åringar från regionen som genomgått ett riktat hälsosamtal. Under förstudiens senare skede har inbjudan med förfrågan att delta i en kort utvärdering av prototypen gått ut till målgruppen genom tre samtalsledare. Tyvärr var förutsättningarna inom ramen för förstudien alltför begränsade för att uppnå tillräcklig kvantitet av svar. Att involvera en målgrupp är tidskrävande och i vissa fall svårt att genomföra. På grund av den vaga uppfattning om *Ett samlat* hälsoutbud i förstudiens början involverades inte 40-åringar tidigare under workshop-serien. För att utvärdera och diskutera med den primära användargruppen behövdes en större förståelse av kontexten, ett tydligt ett koncept och prototyp av *Ett samlat hälsoutbud*, vilket därför prioriterades under förstudien. Att involvera den faktiska användargruppen är idealiskt i ett designarbete då syftet är att skapa bra lösningar inte bara för, utan med användaren. Detta är en viktig del att fortsätta med och den klickbara prototypen, och rapporten, ger ett konkret underlag för att göra det.

En del av plattformens eventuella funktioner som inte kom upp som ett tydligt behov, men som troligen är ett behov, handlar om datadrivna lösningar och hur de kan inkluderas i den tekniska plattformen. Det kan exempelvis handla om anpassad information, såsom förslag på aktiviteter utifrån sin profil. Datadrivna lösningar skulle kunna förstärkas ytterligare av att plattformen får egeninsamlad data från registrerade individer och med hjälp av dessa kan skräddarsyda förslag och information. Skräddarsydda förslag och information, dvs att plattformen adapterar sig till olika användare, kan byggas med olika typer av artificiell intelligens, exempelvis maskininlärning. Troligen kan även medlemmar i plattformens organisation dra nytta av data i plattformen för att skräddarsy och utveckla sina verksamheter. Det finns stor potential inom detta område och det bör undersökas vidare.

En annan funktion i plattformen som blir viktig att undersöka, både med den primära målgruppen och medlemmar i plattformens organisationen, är kategoriseringen av hälsoaktiviteter och tjänster utifrån dess koppling till ett längre liv. Idealt är att ha *Ett samlat hälsoutbud* som är både brett och tillåtande samtidigt som att tjänsterna som befinner sig på plattformen är kvalitetssäkrade. Det här berör också riskfaktorer för ohälsa där det under förstudien har funnits en tendens att fokusera på riskfaktorer för fysisk ohälsa, medan riskfaktorer för psykisk ohälsa inte diskuterats till samma grad.

När det kommer till den rekommenderade effektlogiken och effektmätningarna innehåller den många olika indikatorer. Spridningen av indikatorer gör det möjligt att fånga olika perspektiv och olika tidsaspekter, men kan också göra det svårt att utvärdera helheten. Det finns dock inga sammansatta mått som fångar hela bredden i dagsläget. Man behöver också tydliggöra vilka demografiska grupper som man vill utvärdera, vilket dock ofta begränsas av indikatorerna och tillgång på data.

Inom kapitlet Finansiering, sidan 43, diskuteras olika sätt att finansiera *Ett samlat hälsoutbud* på, med ett fokus på vilka kostnader som behöver finansieras. Tillsammans med kapitlet Incitament för aktörer i *Ett samlat hälsoutbud*, sidan 31, bör en hållbar affärsmodell för *Ett samlat hälsoutbud* utvecklas. Idéer som kommit upp inom detta område har exempelvis handlat om hur *Ett samlat hälsoutbud* kan agera mäklare mellan hälsoutbud och hälsokonsument och kunna ta ut ett mäklararvode. En annan diskussion har rört en tjänst och infrastruktur kopplad till data inom plattformen, vilka medlemsorganisationerna skulle kunna ta del av (och betala för), för att ta datadrivna beslut. Dessa idéer har inte undersökts närmare i förstudien.

Civilsamhällets, dvs olika ideella föreningars engagemang, möjlighet till deltagande och behov av Ett samlat hälsoutbud har i förstudien kartlagts genom samtal med RF-SISU. För att *Ett samlat hälsoutbud* ska vara attraktivt för denna viktiga sektor är fortsatt förankring och arbete med detta viktigt.

Rekommendationer

Större medlemsorganisationer bör ha ett strategiskt perspektiv som ser mindre aktörer som en självklar del så att det skapas förankring och motiverar lokalt engagemang att vara med i *Ett samlat hälsoutbud*. Detta bör manifesteras sig genom att även mindre aktörer ges inflytande kring utformning och utvecklingen av *Ett samlat hälsoutbud*.

Regionen bör ta fram en strategi för hur de ska föra dialog med andra större aktörer som har gemensamt intresse av *Ett samlat hälsoutbud*. I den dialogen bör en avgränsning skapas, vilken har som funktion att koncentrera och möjliggöra att det fortsatta arbetet fokuserar på rätt aktiviteter, och att den grund som byggs är anpassad för den avgränsning som parterna kommit överens om.

I arbetet bör Region Skåne föra en iterativ process där utvecklingen av *Ett samlat hälsoutbud* löpande involverar aktuella aktörer och samtidigt beskriver samt realiserar de första delarna av grundfunktionen för plattformorganisationen.

Det som visualiseras i prototypen är en utgångspunkt för funktionalitet och innehåll, strukturen utgår från workshop-serien och den funktionalitet som diskuterats där. Det innebär att det finns stor framtida utvecklingsmöjlighet vid en vidareutveckling av plattformorganisation, ägarskap och administration. Funktionalitet som inte diskuterats under workshop-serien är inte med i prototypen, vid en vidareutveckling kommer denna förbättras och övrig önskvärd funktionalitet kan tilläggas. Exempel på detta kan vara att plattformen visar andra relaterade aktiviteter eller innehåll, liknande förslag vid sökning, vilka aktiviteter väljs av andra som liknar mig eller populära aktiviteter i ditt område. Aktiviteter och innehåll relaterat till pågående eller kommande event kan synliggöras, som vid exempelvis ett olympiskt spel, utbildningsdagar eller konferenser är andra exempel. Adaptiva lösningar och tjänstelogik är något att fokusera på i en fortsättning för *Ett samlat hälsoutbud*, det är i stort standard för moderna webblösningar och har blivit aspekter som användaren förväntar sig. Att fokusera på hur en användare återvänder till plattformen, engageras och använder den mer eller mindre regelbundet ingår i de tjänstedesignsaspekter som lyfts ovan.

Följande lista är ett uppslag:

- Att regionen tar initiativ för *Ett samlat hälsoutbud*, definierar ett minsta möjliga praktiskt genomförande som samtidigt kan skapa en kritisk massa kring *Ett samlat hälsoutbud*.
- Vidare undersöka lämplig juridisk form.
- Förbereda och förankra ett politiskt beslut om *Ett samlat hälsoutbud*
- Processen som via tjänstepersoner omvandlar politiska styrsignaler till praktiska aktiviteter, med tillhörande prioriterings-schema som visar på områden som är prioriterade framför andra.
- Involvera fler organisationer i utvecklandet och ägandeskapet av *Ett samlat hälsoutbud*
- I dialog med Kommunförbundet och via samverkansavtalen(t) inkludera kommunerna för att ta fram lokalt innehåll till *Ett samlat hälsoutbud*.
- Utredda hur samarbete med civilsamhället kan se ut
- Utredda hur arbetslivssektorn kan bli en del av *Ett samlat hälsoutbud*

- Testa nya finansieringsmodeller.

- Utveckla nya finansieringsmodeller
- Utredda hur hälsodata kan användas inom *Ett samlat hälsoutbud*

Referenser

- Berglund, G., Engström-Laurent, A., Lindgren, S., & Lindholm, N. (2006). *Internmedicin* (4:e upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Bono, F., & Matranga, D. (den 30 Augusti 2018). Socioeconomic inequality in non-communicable diseases in Europe between 2004 and 2015: evidence from the SHARE survey. *European Journal of Public Health*, 29(1), ss. 105–110.
- Burström, B., & Lundberg, O. (2004). Erroneous, blurred, and mistaken -- comments on the care need index. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 626-627.
- DIGG. (u.d.). *Digital tillgänglighet*. Hämtat från DIGG Myndigheten för digital förvaltning: <https://www.digg.se/digital-tillganglighet>
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2010). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180(2), 319–325. doi:<https://doi.org/10.1007/s11845-010-0633-9>
- Durstine, J. L., Gordon, B., Wang, Z., & Luo, X. (2013). *Journal of Sport and Health Science*, 2(1), 3–11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jshs.2012.07.009>
- Fleshner, F. (2005). Physical Activity and Stress Resistance: Sympathetic Nervous System Adaptations Prevent Stress-Induced Immunosuppression. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 33(3), 120–126. doi:<https://doi.org/10.1097/00003677-200507000-00004>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Snusbruk och hälsorisker*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningsar/tobak-och-liknande-produkter/snusbruk-och-halsorisker/>
- Fritidsbanken. (u.d.). Hämtat från Fritidsbanken: Om oss: <https://www.fritidsbanken.se/om-oss/>
- FYSS. (u.d.). Hämtat från Fysisk aktivitet på recept: <https://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far-2/>
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. *Lancet*, 392(10159), 1923-1994. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Generation Pep. (u.d.). *Generation Pep: Om oss*. Hämtat från <https://generationpep.se/sv/hur-vi-arbetar/om-oss/>
- Göteborgs universitet. (2022). *Livsstilsverktyget*. Hämtat från <https://www.livsstilsverktyget.se/sv>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., . . . Sieper, J. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. doi:[10.1016/s0140-6736\(18\)30480-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30480-x)

- Hegde, S. M., & Solomon, S. D. (2015). Influence of Physical Activity on Hypertension and Cardiac Structure and Function. *Current Hypertension Reports*, 17(10). doi:<https://doi.org/10.1007/s11906-015-0588-3>
- Heneweer, H., Staes, F., Aufdemkampe, G., van Rijn, M., & Vanhees, L. (2011). Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *European Spine Journal*, 20(6), 826–845. doi:<https://doi.org/10.1007/s00586-010-1680-7>
- I Love Lund. (2021). *Om I Love Lund*. Hämtat från <https://www.ilovelund.se/om-i-love-lund>
- Kołodziejcki, M. (09 2021). *Faktabland om EU - EUROPEISKA REGIONALA UTVECKLINGSFONDEN (ERUF)*. Hämtat från <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/sv/sheet/95/europeiska-regionala-utvecklingsfonden-eruf->
- Kommunförbundet Skåne. (2016). *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne*. Kommunalförbundet Skåne.
- Kredlow, M. A., Capozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W., & Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 427–449. doi:<https://doi.org/10.1007/s10865-015-9617-6>
- Länsstyrelsen Skåne. (u.d.). *Friluftsliv*. Hämtat från Länsstyrelsen Skåne: <https://www.lansstyrelsen.se/skane/besoksmal/friluftsliv.html>
- Löwgren, J., & Stolterman, E. (2004). *Thoughtful Interaction Design: A Design Perspective on Information Technology*. MIT Press.
- Malmö högskola. (2015). *MILSA - stödplattform för migration och hälsa*. Malmö Institute for Studies of Migration.
- McKinney, J., Lithwick, D. J., Morrison, B. N., Nazzari, H. I., Heilbron, B., & Krahn, A. D. (2016). The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness. *British Columbia Medical Journal*, 58(3), 131–137.
- Mårtenson, N. (2021). *Verksamhetsplan Skånes Kommuner*. Skånes kommuner.
- Nielsen, J. (1992). The usability engineering life cycle. *Computer*, 12-22.
- Polley, M. J., & Pilkington, K. (2017). *A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications*. University of Westminster. Hämtat från <https://www.westminster.ac.uk/file/107671/download>
- Polley, M. J., Fleming, J., Anfilogoff, T., & Carpenter, A. (2017). *Making sense of social prescribing*. University of Westminster. Hämtat från <https://www.westminster.ac.uk/patient-outcomes-in-health-research-group/projects/social-prescribing-network>
- Region Skåne. (den 8 Maj 2019). *Hälsofrämjande samhällsplanering*. Hämtat från Utveckling Skåne: https://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/samverkansplattform_halsoframjande_samhallsplanering.pdf
- Region Skåne. (2020). *Folkhälsorapport Vuxna i Skåne*. Hämtat från <https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-vuxna-skane/>
- Region Skåne. (den 16 April 2020). *Målbild och färdplan för framtidens hälsosystem*. Skåne, Sverige. Hämtat från <https://www.skane.se/namndshandlingar/1826094/>

- Region Skåne. (2020). *Region Skånes folkhälsorapport*. Hämtat från <https://utveckling.skane.se/digitala-rapporter/folkhalsorapporten/psykisk-ohalsa/>
- Region Skåne. (2020). *Region Skånes Folkhälsorapport: Levnadsvanor*. Hämtat från Region Skåne: <https://utveckling.skane.se/digitala-rapporter/folkhalsorapporten/levnadsvanor/>
- Region Skåne. (2021). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021*. Region Skåne.
- Region Skåne. (2021). *Slutrapport pilotfas Riktade hälsosamtal för 40-åringar i Region Skåne*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/pilotfas-riktade-halsosamtal/slutrapport-riktade>
- Region Skåne. (den 17 Mars 2022). *Metodstöd Riktade hälsosamtal*. Hämtat från Riktade hälsosamtal i Skåne: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/riktade-halsosamtal/metodstod-rhs-skane-aktuell-2022-03-17.pdf>
- Regionfullmäktige Region Skåne. (2020). *Målbild och färdplan för framtidens hälsosystem*. Ärendenummer: 2020-POL00027. Regionfullmäktige.
- RF-SISU. (u.d.). *Om RF-SISU Skåne*. Hämtat från <https://www.rfsisu.se/skane/Omoss/>
- RISE. (u.d.). *SHIC Case: Collective Impact-modell för Husby*. Hämtat från RI.SE: <https://www.ri.se/sv/shic-case-collective-impact-modell-for-husby-0>
- Skånes kommuner. (2021). *Strategiskt inriktningsdokument 2021-2022*. Skånes kommuner.
- Socialdepartementet. (S2020/01042/FS). *Uppdrag att sprida de delar som rör psykisk hälsa i utbildningsplattformen MILSA*. Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet. (S2021/01536). *Uppdrag att fortsatt utveckla och sprida fördjupningsutbildningen om psykisk hälsa i den regionala utbildningsplattformen för samhälls- och hälsokommunikation (MILSA)*. Stockholm: Regeringen.
- Sundquist, K., Malmstrom, M., Johansson, S., & Sundquist, J. (2003). Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 347-352.
- Tekie, H., Røyne, F., Andersson, L., & Ernström, T. C. (2020). *Utvärdering av fritidsbanker*. RISE. Hämtat från <http://ri.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=2780&pid=diva2%3A1386508>
- Thomasson, E., Skogström, M., Jaran, J., Appell, E., Götestrand, I., & Olsson, K. (2021). *Slutrapport pilotfas: Riktade hälsosamtal för 40-åringar i Region Skåne*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/pilotfas-riktade-halsosamtal/slutrapport-riktade-halsosamtal-pilotfas-region-skane.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. U.S. Public Health service. Hämtat från https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
- Varkey, E., Hagen, K., Zwart, J. A., & Linde, M. (2008). Physical Activity and Headache: Results from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Cephalalgia*, 28(12), 1292–1297. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01678.x>

- Vårdguiden 1177. (2022). *Diabetes*. Hämtat från <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/diabetes/>
- WHO. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization. Hämtat från <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>
- WHO. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. Hämtat från <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- WHO. (den 11 Juni 2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Hämtat från World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- WHO. (den 10 November 2021). *Diabetes*. Hämtat från World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- WHO. (den 3 Februari 2022). *Cancer*. Hämtat från World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4). doi:<https://doi.org/10.1161/jaha.117.007725>
- worldbank.org. (2020). *Cause of death, by non-communicable diseases (% of total) - Sweden*. Hämtat från The World Bank: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?locations=SE>
- Wynn, D., & Eckert, C. (2016). Perspectives on iteration in design and development. *Research in Engineering Design*, 153-184.
- Zdravkovic, S., Grahn, M., & Björngren Cuadra, C. (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Hämtat från Länsstyrelsen Skåne: <https://www.lansstyrelsen.se/skane/tjanster/publikationer/kartlaggning-av-nyanlandas-halsa.html>
- Zdravkovic, S., Grahn, M., & Björngren Cuadra, C. (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare, MIM, Malmö högskola.

Bilagor

Bilaga 1. Sammanfattning av workshoppar

2021-10-11	KUNSKAPSCENTRUM LEVNADSVANOR
Samlat hälsoutbud är:	<ul style="list-style-type: none">• Enklare sök, hitta olika aktörers utbud, lättillgängligt och attraktivt• Låga trösklar, hjälp att hitta och använda• Samla olika lokala broschyrer• Ska kunna användas tillsammans med samtalsledare• Länkar för vidare läsning, hänvisa vidare, olika typer av innehåll• Knyta an till föreningar som idag inte bedriver fysisk aktivitet med som vill det
Vem behöver ett samlat hälsoutbud?	<ul style="list-style-type: none">• De som inte vet var de ska börja• De som vill lära sig mer, läsa på• Vårdcentralerna, som avlastning – verktyg & komplement• Stödja kommuner med att ta fram eller visa på familjeaktiviteter• Utsträckt arm – folkhälsobildning, kvalitetssäkrad information
Vad särskiljer denna idé från redan existerande?	<ul style="list-style-type: none">• Avsändaren, att det är kvalitetssäkrat utbud• Blandningen av innehåll, konkreta förslag på aktiviteter och åtaganden men även kunskapsmaterial och motivation• Ett verktyg för användaren som, länkar samman samtalet med <i>eget arbete</i> och motiverar till förändring
Förändring:	<ul style="list-style-type: none">• Individens självbild & eget ansvar, stärkande och utbildande• Aktiv individ, medvetandegöra hälsa• Hälsoliteracitet

2021-11-01	FRAMTIDSKONTORET
Samlat hälsoutbud är:	<ul style="list-style-type: none">• Hälsa är stort och brett, det är mer än bara avsaknaden av sjukdom• Vi är väldigt organisationsbundna men det är inte viktigt för individen• Många aktörer, hälso- och sjukvården är långt från viktigast• Vad påverkar och stimulerar hälsa?• Välmående• Brygga behov, organisation och trotsa silon
Vem behöver ett samlat hälsoutbud:	<ul style="list-style-type: none">• Vad är hälsa och vad innebär ett hälsoutbud i förhållande till förutsättning för hälsa? Livsvillkor kontra levnadsvanor• Medborgare, de som behöver en knuff och de som vill veta mer om var områden/aktiviteter finns• De som inte redan har eller känner en social gemenskap till förening, församling eller aktivitet
Vad särskiljer denna idé från redan existerande:	<ul style="list-style-type: none">• Bredare perspektiv kring hälsa• Samlat fokus på individen inte organisation• Samhällsperspektiv inte sjukdomsrelaterade perspektiv
Förändring:	<ul style="list-style-type: none">• Hälsa = ha kul• Jämlik hälsa, likartade möjligheter för alla oavsett kommun eller stad, synliggöra• Hjälp att undersöka och utforska vad hälsa är för individen

	<ul style="list-style-type: none"> • Sänka trösklar för individer, då allas är olika höga
Innehållet bör vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Tänk: hur får jag veta vad som händer om besöker en ny stad? Engagemang • Gå från tanken att det är någon specifikt som ska botas • Social gemenskap • Korskoppla: aktiviteter, föreningar och områden • Individens hälsa – vem ansvarar? Och hur kan individen stöttas för hälsofrämjande? • Kultur • Dans • Levnadsvanor • Matlagning och matvanor

2021-12-02	REGION SKÅNE & LÄNSSTYRELSEN
Drömframtid:	<ul style="list-style-type: none"> • Ett sömlöst system för användare och patient • Starkt personfokus • Samverkan och samarbete
Hälsa är:	<ul style="list-style-type: none"> • Hälsa är som en skala. Bara för att måendet varierar behöver det inte innebära sämre hälsa • Fysiskt, psykiskt, socialt och sömn • Förmågan att kunna hantera vardagens upp- och nedgångar • Attityder, synsätt, kunskap och goda vanor • Välmående
Behov hos de ni möter:	<ul style="list-style-type: none"> • Personer vill inte vara till besvär, väntar länge med att söka hjälp • Funktionsnedsättning • Låg läskunnighet • Papperslösa, asylsökande
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Förutsättningar för att må bra. Goda levnadsvanor • Information, kunskap, utbildning i olika former • Projekt, material, samarbeten, utveckling, organisationer • Tillgänglig, innehåll på fler språk.
Innehållet bör vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Trovärdigt • Evidensbaserat • Beprövat • Kvalitetssäkrat

2021-12-06	PRIVAT VÅRDGIVARE
Hur kan primärvården avlastas?	<ul style="list-style-type: none"> • Göra utbudet mer jämlikt • Ta hand om ohälsa tidigare • Fler resurser – knyta ihop hälso- och sjukvård • Minska de steg som det innebär för vissa att komma i gång, kontakt med gym ex.
Hälsa är:	<ul style="list-style-type: none"> • Mycket mer än frånvaro av sjukdom • Bekräftelse – att bli sedd • Social gemenskap • Summan av det som individer förmår sig göra • Förmågan att aktivt få en så god hälsa som möjligt • Att göra så gott en kan

Behov hos de ni möter:	<ul style="list-style-type: none"> • Social gemenskap, kontakt och support • Ökad kunskap, stärkt förmåga • Långsiktighet och kontinuitet • Beröm, uppmuntran & coaching för att kunna göra så gott en kan • Lättare att klara av vardagens alla olika aspekter: fysiskt och psykiskt • Sänka ribban, enkelt att göra rätt
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Ska kunna rikta sig till alla – eller kanske inte de som redan är intresserade och tränar, som har andra tekniska lösningar för att tracka sin träning. • Intressera de som inte genomgått riktat hälsosamtal • Vi alla motiveras och engageras av olika saker – hur speglar vi det i innehållet?
Innehållet bör vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogiskt • Beprövad erfarenhet, evidensbaserat • Samlad kunskap om kvalitet

2021-12-08	UTBUDSLEVERANTÖRER
För att vara med krävs:	<ul style="list-style-type: none"> • OK – direktiv och riktlinjer • Arbeta med företag och arbetsgivare för uppmuntran till hälsopositivism • Synlighet och marknadsföring • Finansiering – hur kan hälsa finansieras? • Andra resursbrister utöver pengar?
Hälsa är:	<ul style="list-style-type: none"> • Glädje och sociala aspekter • Sömn och kost, fysiskt och psykiskt • Förutsättning och möjlighet att genomföra vardagen, arbete och familj • Orka bli en bättre person än den du var igår • Hälsa som en pyramid. Botten = basbehov, toppen = hälsa.
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Sänka trösklar, nå ut • Lättare att hitta aktörer och aktiviteter • Presentera syfte, information och aktörer • Möjligt att arbeta med arbetsgivare och arbetsplatser • Livsstilskartläggning på individnivå, identifiera utvecklingsområden
Innehållet bör vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassat efter variation i teknikvana • Visa att små förändringar kan ha stor effekt

2021-12-15	RF SISU
Drömframtid (ert perspektiv):	<ul style="list-style-type: none"> • Inkluderande idrott. Plats för alla som vill • Nå målen i Strategi 2025 • En förening som engagerar OCH en engagerad förening = stark samhällsaktör • Kompetenta och stärkta ledare • Bättre kontaktytor – förutsättningar från kommun och region • Tillgängliga idrottsanläggningar
Drömframtid (er uppfattning för föreningar):	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre administration för att få stöd • Bättre digitalisering, både på systemnivå och användbarhet • Behöver anpassa sig efter de system som kommunerna använder
Hälsa är:	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk och social aktivitet • Tillhörighet

	<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk hälsa • Allt som inte är sjukdom • Viktigt med närheten till idrott
Behov / att vara förening	<ul style="list-style-type: none"> • Det är väldigt olika förutsättningar för föreningar, stora skillnader mellan dem i stad kontra landsbygd = upptagningsområde, ekonomi, var idrotten utövas (egen eller kommunal anl.) bland annat • Ställs höga krav på föreningar och deras engagerade • Paraidrotter kan ha större upptagningsområde än kommungränser
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Nyttja FaR-databasen och fritidsbanker • Hitta platser för spontanidrott, strövområden, anläggningar • Kommunala anläggningar och deras aktivitetsutbud • Samla lov-aktiviteter och prova på • Filter/sortering/kategorisering utifrån nivå (ansträngning, svårighetsgrad) för att hitta aktiviteter • Föreningsregister = länkar till föreningarnas hemsidor
Innehållet bör vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbaserat • Beprövat inom andra områden? För förstärkt folkhälsa

2021-12-17	HÄLSOSAMTALSLEDARE
Drömframtid (ert perspektiv):	<ul style="list-style-type: none"> • Vem tar hand om vem, och hur? • Behöver all uppföljning ske personligen? • Hur förhåller vi oss till förändring?
Drömframtid (dem ni möter):	<ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om vad prover säger (och att de inte säger allt) • Bättre kunskap om var jag hittar information • Bra bemötande • Att få ett och samma hälsoutbud oavsett var jag befinner mig • Vården mer tillgänglig, ur fler perspektiv • Mötet är viktigt, behöver dock inte vara fysiskt
Hälsa är:	<ul style="list-style-type: none"> • Komma ut • Gemenskap
Hur vill ni delta?	<ul style="list-style-type: none"> • Information om att det går att få hälsosamtal • Skapa egenremiss till hälsosamtal • Egenremiss till levnadsvanemottagning
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Gemenskap, hitta andra människor • Kunskap och var jag kan hitta hjälp • Hjälpa att ändra levnadsvanor • Olika språk och tillgänglighet • Statistik kring användaren men även systemet • Migration, inkludering och information om sjukvårdssystemet och -information • Om det är brett då behöver man öppna upp för alla (både aktiviteter, aktörer och användare) • Detta kan skapa ett högre förtroende ○ Event ○ Broschyrer
Krav för att delta:	<ul style="list-style-type: none"> • Bättre teknik (ex. surfplattor) för att kunna ta med och visa plattformen när vi är ute och talar med människor och under hälsosamtalen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Surfplatta med verktyget synligt och tillgängligt så patienter och medborgare kan prova i exempelvis provrum.
--	---

2021-12-17	KOMMUNANSTÄLLDA
Drömframtid:	<ul style="list-style-type: none"> • Tid och mer personal för denna typ av arbete • Förebygga tidigare • Bättre kostvanor • Hitta och stärka innovationskraften hos alla, specifikt undersköterskor
Hälsa är:	<ul style="list-style-type: none"> • Livskvalitet • Känslan av psykiskt och fysiskt välmående, men även mer • Social gemenskap • Välja det hälsosamma – välja bort en del onyttigheter • God hälsa är inte bara motsatsen till ohälsa. Krävs egen ansträngning
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Samla alla aktörer, även privata • Idrottshallar, fotbollsplaner, skateparker, utegym • Kunskap kring kost, motion, viktnedgång • Träna bättre – sova bättre • Filter och tydlighet • Plattformer behöver samla attraktiva resurser. Det leder sen till ännu mer utveckling av nya lösningar
Är det viktigt att det finns en tydlig avsändare?	<ul style="list-style-type: none"> • Avsändaren skulle kunna vara kommun, region, Länsstyrelsen... • Viktig med både central samordning i kommunen, och tydligt ansvar på varje förvaltning • Ja, fler blir noggrannare var de registrerar sig som användare • Spelar inte så stor roll som vem som är avsändare (förening, del av kommunal förvaltning osv)
Hur skulle ni vilja delta?	<ul style="list-style-type: none"> • Länka in kommunens aktiviteter, utbud och erbjudande • Spänna bågen – hur arbetar de stora företagen? Börja centralt men sen arbeta utåt i organisationen • Sökmönster och användarstatistik som motivation för utveckling av kommun, dess utbud och attraktivitet
Krav för att delta:	<ul style="list-style-type: none"> • Vilja • Samverkan • Tydligt uppdrag • Tydligt ägandeskap och syfte för alla inblandade • Folkhälsonätverk inom kommunerna • Tydlig återkoppling mellan förvaltningar och arbetsgångar men även inom uppbyggnad av information • En annan plats än kommunens tråkiga hemsida • Attraktiva och tydliga argument för en eventuell extern lösning

2022-01-14	KOST OCH LIVSMEDEL
Drömframtid:	<ul style="list-style-type: none"> • Högre, bättre kunskap, på ett lättsamt sätt • Förändra synen på kost • Mat och måltider är en social aktivitet • Måltidsservice inom kommunen • Utbildning mot medborgare

Hälsosamma kostvanor är:	<ul style="list-style-type: none"> • Inte äta för lite, ingen näringsbrist • Social samvaro, att äta och laga mat tillsammans. Situationen runt mat • Livskvalitet, vad du uppskattar • Gott och enkel • Hälsosam kroppsuppfattning
Behov hos de ni möter:	<ul style="list-style-type: none"> • Har ofta dåligt med tid, vill att mat ska gå fort • Saknar kunskap • Vill förändra men vet inte hur
Förändring av kostvanor:	<ul style="list-style-type: none"> • Verktyg för att införliva det som tas upp under Hälsosamtalet • Kultur går alltid före kropp när vi formar matvanor
Lösningen kan vara:	<ul style="list-style-type: none"> • Finns goda exempel på tips och råd idag men de är svåra att hitta • Vilka ingredienser/produkter kan bytas ut mot bättre alternativ • Visuella hjälpmedel som kostpyramid eller tallriksmodell • Matlagningskurser ○ Bibehålla motivation efter Hälsosamtalet ○ Nudging: märkning och skyltning i butiker, prissättning ○ Reglering ○ Feedback på vad en handlar utifrån näringsinnehåll
Tydlig avsändare	<ul style="list-style-type: none"> • Är viktigt för spridning och trovärdighet

Bilaga 2. Aktörskartläggning

XMind
Trial Mode

