

# **Styrning avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård**

*En analys av vård- och uppdragsgivarnas syn på styrincitamentens genomslag*

Milan Knezevic  
Anna Forsberg

Stockholm, december 2016

## Förord

I mars 2016 fattade Nätverket hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS-nätverket) beslut om att genomföra en analys av styrning och ledning av en hälsöfrämjande hälso- och sjukvård - möjligheter och hinder hos svenska landsting. Analysen omfattar uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, målvärde och ersättningsmodeller och syftar till att ta reda på hur dessa styrverktyg/incitament påverkar området prevention, främst avseende levnadsvanor,

Nätverket har sökt och beviljats statsbidrag för år 2016 av Socialstyrelsen inom ramen för Regeringens nationella strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar med motivering att den ska "stödja insatser som stärker prevention och tidig upptäckt av kroniska sjukdomar, särskilt vad gäller levnadsvanor".

Projektledare för arbetet var Milan Knezevic och projektmedarbetare Anna Forsberg. Styrgrupp för projektet var Presidieutskottet i HFS-nätverket. Projektadministratör var Sofie Westerberg.

För Presidieutskottet

Nationell koordinatör

Ralph Harlid

Margareta Kristenson

## Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>2</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Bakgrund och syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Metod</b> .....	<b>7</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
Uppdragstexter.....	8
Uppföljningsindikatorer.....	9
Målvärde.....	9
Ersättningsmodeller.....	10
Övriga faktorer.....	10
<b>Diskussion</b> .....	<b>14</b>
Uppdragstexter.....	14
Uppföljningsindikatorer.....	15
Målvärde.....	15
Ersättningsmodeller.....	16
Styrincitamentens förutsättningar .....	16
<b>Slutsatser</b> .....	<b>19</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>21</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>24</b>

## Sammanfattning

Uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, ersättningar och målvärden uppfattas av både uppdrags- och vårdgivarna som grundläggande incitament för det hälsofrämjande arbetets utveckling. Samtidigt anser de att dessa styrincitament är i stort behov av utveckling och är beroende av andra faktorer såsom kultur, kunskap, resurser, dialog och stödstrukturer. Dessa faktorer uppfattas som avgörande förutsättningar för styrincitamentens genomslag. Intervjupersonerna i samtliga regioner/landsting upplever att intresset har ökat och att det är lättare att arbeta med de hälsofrämjande frågorna idag jämfört med för tio år sedan, även om man önskar att utvecklingen hade skett i en snabbare takt.

Styrincitamentens förmåga att påskynda införande av hälsofrämjande hälso- och sjukvård uppfattas som betydande men med följande utvecklingspotential:

- Uppdragstexterna uppfattas som ett huvudincitament men de flesta anser att texterna i sig, oavsett hur välformulerade eller kunskapsbaserade de är, inte räcker för att skapa en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Texterna måste bli mer samstämda med övriga incitament samt synkas med huvudmännens samtliga uppdrag så att de uppfattas som en helhet, ur både ett vårdgivar- och patientperspektiv.
- Missnöjet med uppföljningsindikatorernas otillräckliga kvalitet i kombination med att de uppmätta utfallen inte regelbundet efterfrågas av uppdragsgivarna eller återkopplas till vårdgivarna är påtagligt. Dessa brister begränsar möjligheterna att i större utsträckning styra via både målvärden och ersättningsmodeller.
- Målvärden som styrincitament fungerar effektivt när det finns en utvecklad uppföljning och förmåga att sätta realistiska och stimulerande mål, särskilt när målen sätts separat för respektive levnadsvana.
- Trots stor kritik av detaljerade ersättningsmodeller framhävs det att de ekonomiska ersättningarna har bidragit till att frågorna enklare har kunnat lyftas på styr- och ledningsnivå samt skapat ett lärande och ett förhållningssätt som hjälpt till att få strukturer på plats. Däremot ifrågasätts långsiktigheten med dagens ersättningsmodeller. En övergång från prestationsersättningar till ersättningar för resultat efterfrågas.

Samtliga intervjuade pekar på ett brett spektrum av olika förutsättningar som förstärker styrincitamentens verkningsgrad. Dessa är:

- en kultur där det finns en insikt om det hälsofrämjande arbetets betydelse för befolkningens hälsa i allmänhet och vårdgivarnas roll i det i synnerhet
- spridning av vetenskaplig evidens till professionen om de hälsofrämjande insatsernas effekter
- dialog mellan politiker, tjänstemän och vårdgivarna som skapar förståelse och tillit
- en väl utbyggd infrastruktur av professionellt och administrativt stöd, IT-stöd samt forskning och samverkan.

På samma sätt innebär frånvaron av dessa förutsättningar en begränsning av styrincitamentens verkningsgrad. Upplevelse av ständigt knappa resurser och brist på tid bidrar också till bristande genomslag.

Vi ser denna rapport inte bara som grund för en förnyad diskussion om vidare utveckling av de fyra styrincitamenten utan också som en uppmaning till huvudmännen att lyfta blicken och se på styrningen av hälsofrämjande hälso- och sjukvård utifrån ovan nämnda förutsättningar. Ytterligare analyser i syfte att öka förståelse om mekanismer som styr samspelet mellan olika styrverktyg/incitament bör göras för att använda dem effektivt i syfte att skapa en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

## Bakgrund och syfte

Den hälsofrämjande hälso- och sjukvården påverkas av allt fler styrinstrument, allt från statens initiativ och policys till huvudmännens ersättningar för genomförda aktiviteter. Dessa styrningsinstrument samspelar inte bara med varandra utan också med andra faktorer som tillsammans avgör utfallet av de genomförda insatserna.

Huvudmännens styrning och ledning förverkligas formellt via överenskommelser och/eller avtal med vårdgivarna. Avtalens/överenskommelsernas viktigaste beståndsdelar är uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, målvärde och ersättningsmodeller. Nätverket har uppmärksammat en brist på kunskap om just hur dessa styrverktyg eller/och styrincitament uppfattas inom det hälsofrämjande arbetet av både uppdragsgivare och vårdgivare. Behovet av en mer fördjupad analys avseende ledning och styrning av den hälsofrämjande hälso- och sjukvården har därför identifierats. Detta konstateras bland annat genom de två rapporter som nätverket givit ut, 2012 [1] och 2016 [2], med exempelsamlingar över huvudmännens styr- och ledningsdokument avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Analys av styrningsincitamenten för hälsofrämjande hälso- och sjukvård hos landets huvudmän kan göras utifrån en rad relevanta perspektiv, exempelvis utifrån system-, jämlikhets- eller kunskapsstyrningsperspektiv. Exempelvis sker analysen i de aktuella rapporterna "Översättning av riktlinjer" från Linköpings universitet [3] och Vårdanalys rapport "Förebygga för att överbygga" [4] utifrån kunskapsstyrnings- respektive jämlikhetsperspektivet.

Denna rapport utgår ifrån huvudmännens styrningsperspektiv med fokus på de styrverktyg som regionernas och landstingens styrelser har ansvar för och mandat att fastställa via avtal och/eller överenskommelser med vårdgivarna. Valet av rapportens perspektiv grundar sig huvudsakligen på slutsatser från HFS: s tidigare rapporter, analyser och diskussioner och kan sammanfattas med följande frågeställning:

- På vilket sätt påverkas vårdgivarnas genomförande av hälsofrämjande hälso- och sjukvård av styrincitamenten: uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, målvärde och ersättningar?

Utryckt på ett enklare sätt vill vi ta reda på hur uppdragsgivare respektive vårdgivare ser på dessa incitaments effektivitet i en bredare betydelse, vilka deras mest uppenbara svagheter och styrkor är samt vilka hot och möjligheter de medför.

Huvudsyftet med analysen är således att ta reda på de uppfattningarna genom att beskriva dessa i form av svagheter och styrkor samt hot och möjligheter för en bättre styrning och ledning av hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det här uppdraget har sin grund i de två strategiska målen för nätverket, att hälsofrämjande hälso- och sjukvård ska integreras i ordinarie ledning och styrning och att medlemsorganisationerna stödjer och stärker varandra samt tillvaratar och utvecklar erfarenhetsbaserad kunskap och lärande.

Nätverket har sökt och beviljats statsbidrag för år 2016 av Socialstyrelsen inom ramen för Regeringens nationella strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar med motivering att den ska "stödja insatser som stärker prevention och tidig upptäckt av kroniska sjukdomar, särskilt vad gäller levnadsvanor".

## Metod

Den huvudsakliga metoden i denna analys var kvalitativ. Insamlingsincitamentet var semistrukturerade intervjuer. Intervjufrågorna var tre och syftade till att ta reda på den historiska utvecklingen, den aktuella problembilden samt framtida möjligheter avseende användning av de fyra styrincitamenten uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, ersättningsmodeller, målvärden.

Antal valda huvudmän som intervjuades var fem, Region Skåne, Stockholms Läns Landsting, Västra Götalandsregionen, Region Östergötland samt Västerbottens Läns Landsting. Av de valda huvudmännen har vi planerat att intervju två personer från respektive huvudman, en vårdgivare och en uppdragsgivare. Av de tio planerade genomfördes sammanlagt nio intervjuer, fyra uppdragsgivare och fem vårdgivare. Samtliga fem vårdgivare var anställda på offentligt ägda vårdenheter.

De intervjuade personerna var medarbetare, första linjens chefer, högre chefer och högsta chefer. Personernas professionella bakgrund var medicinsk (sjuksköterska, läkare), paramedicinsk och administrativ. De genomförda intervjuerna har bearbetats av både projektmedarbetaren och projektledaren. Påståenden i intervjuerna har sorterats både utifrån de fyra styrincitamenten samt utifrån SWOT-metoden (dvs. sorterat på Styrkor, Svagheter, Hot och Möjligheter). Utifrån detta har en matris skapats och bearbetades genom induktiv analysmetod för att eventuellt hitta mönster i påståendena (bilaga 1).

I analysen har både projektledaren och projektmedarbetaren använt sina tidigare kunskaper inom området för att värdera och prioritera bland påståendena och hitta eventuella mönster och dra slutsatser.

## Resultat

Sortering av resultatet är gjort efter styrincitamenten dvs. uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, ersättningsmodeller och målvärden. Även om uppdraget syftar till att ge en bild av styrincitamentens påverkan på respektive levnadsvana ger resultatet från intervjuerna inte tillräckligt stort underlag för att få ett bra uppfattning om det. Av samma anledning kunde vi inte dra några slutsatser om hur dessa incitament påverkar patienter med kroniska sjukdomar. En stor del av synpunkterna har handlat om andra faktorer som de intervjuade anser direkt eller indirekt påverkar styrincitamentens genomslag. Dessa presenteras under rubriken Övriga faktorer.

## Uppdragstexter

I intervjuerna framkommer att beskrivningar av det hälsofrämjande arbetet utgör en mycket liten del av uppdragstexterna och att skrivelserna ofta upplevs som "väldigt generella", "flummiga", "otydliga" och "svåra att ta i". Texterna är skrivna i vaga ordalag som lämnar stort tolkningsutrymme. En av intervjupersonerna nämner att politikerna har förstått att de ska ställa krav på hälsofrämjande insatser, men inte på vad och att det i stor utsträckning är överlåtet till tjänstemannanivå vad man faktiskt ska hantera. Det hälsofrämjande arbetet är ett paraply som kan appliceras på flera eller samtliga områden inom verksamheterna. Detta medför att det i texterna är otydligt vem som har ansvar för det hälsofrämjande arbetet. Å andra sidan nämner man också att bra texter inte nödvändigtvis leder till verkstad. En person menar till och med att en risk med texterna är att man tror att arbetet kommer att ske bara för att det står beskrivet där. "Utan en förståelsebaserad dialog kring mervärdet att hålla populationen frisk kommer avtalstexterna aldrig att räcka till."

Ett antal intressanta kommentarer kretsar kring uppdragstexternas regelböcker för olika vårdvalsområden. En person påpekar att ackrediteringarna, som ger vårdgivarna rätt att driva vård i avtal med landstinget/regionen, lätt blir fragmentiserade. Då texterna som ligger till grund för ackrediteringarna skrivs av olika delar av förvaltningarna hänger de inte alltid ihop, varken inom respektive vårdvalsområden eller sinsemellan. Det gör det, enligt intervjupersonen, svårt att få grepp om helheten och att leva upp till kraven. En person nämner också att det som står i uppdragstexterna inte alltid hänger ihop med övriga styrincitament, såsom ersättningar, vilket då ger otydliga signaler om vad som är viktigast.

Trots detta lyfts uppdragstexterna som det grundläggande styrincitamentet för det hälsofrämjande arbetet. Någon beskriver de generella texterna som "A & O i arbetet", och flera vittnar om att texterna ger arbetet riktning och legitimitet. "Ingen kan säga att det (hälsofrämjande) inte är något man ska hålla på med" och "det är skönt att kunna luta sig mot uppdragstexterna /.../ när man jobbar med de här frågorna."

Utifrån detta ser intervjupersonerna utvecklingsmöjligheter av uppdragstexterna. De anser att texterna skulle kunna förfinas så att det blir tydligare vad som ingår i uppdragen. Vårdgivarna skulle också mer aktivt kunna utgå från uppdragstexterna i vardagen och skapa en medvetenhet kring de politiska målen.

Flera av intervjupersonerna menar att man bör vända på perspektivet i hälso- och sjukvården, så att uppdraget blir mer än att bara bota sjukdom. Målet att skapa hälsa bör tydligare framgå i uppdragstexter. Med detta sagt menar de inte att man måste greppa hela den hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande biten utan istället arbeta successivt och välja prioriterade områden som "man arbetar med till 110 %".



## Uppföljningsindikatorer

Effekterna av det hälsofrämjande arbetet mäts oftast över lång tid, vilket försvårar arbetet med att hitta en lämplig uppföljningsmetod. En intervjuperson menar att det är svårt att sätta mått som är kvantifierbara. I den existerande nationella patientenkäten finns några kvantifierbara mått som rör t.ex. bemötande och delaktighet, men de är relativt allmänt hållna och i stort anser man enkäten vara för grov och inte tillräckligt specifik. En person anser att det, just på grund av svårigheten att mäta effekter kortsiktigt, är bättre att förlita sig på värderingar när det kommer till det hälsofrämjande arbetet.

Flera av intervjupersonerna vittnar om att det inte har varit prioriterat att följa upp det man beställer. "Ingen i förvaltningen efterfrågar eller diskuterar uppföljningsmått kopplade till levnadsvanor. Ingen frågar efter utfall. Ingen bryr sig." Inte heller i den specialiserade vården finns uppföljningsindikatorer på hur man jobbar med hälsofrämjande, utan där ligger fokus på just den medicinska specialiteten.

En person ifrågasätter vad man har för nytta av uppföljningen såsom den är uppbyggd idag. "Man får enbart svar på om vårdgivarna ställt frågor (om t.ex. tobaksvanor) och identifierat risker men inte om de erbjudit någon hjälp." Problematiken kring registreringarna lyfts också fram, då många vårdgivare (så gott som alla, enligt en intervjuperson) uppger att de ställer frågor, men få registrerar det (enbart 30 % i samma region/landsting, enligt samma intervjuperson). Man har inte lyckats fånga upp processmått i systemet, dvs. hur väl man lyckats med hela kedjan att identifiera, erbjuda, åtgärda och följa upp. Dagens uppföljningsindikatorer upplevs inte vara utformade för att utveckla det hälsofrämjande arbetet utan mer som "en rapport uppåt i organisationen."

## Målvärde

Flera av de intervjuade önskar att målvärdena vore mer styrande än vad de är. De lyfter fram vikten av att man måste förstå nyttan med målvärdena så att de inte bara upplevs som en formalitet. De problematiserar också kring att det finns olika perspektiv på vad man menar med "nytta" - det kan t.ex. handla om en förbättring för patienten eller besparingar för verksamheten. Vilket som får mest fokus kan hänga på den enskilde verksamhetschefen.

Liksom uppföljningsindikatorerna önskar man fler målvärden som mäter processer och strukturer. I en region har man arbetat med strukturmått och skickat ut enkäter till vårdcentralerna. "Det har varit mer uppskattat och efterfrågat än vad man kan tro".

En annan person understryker att det varit bra med separata målvärden och indikatorer på de fyra levnadsvanorna, istället för att sätta gemensamma indikatorer på hela det sjukdomsförebyggande arbetet. När det gäller t.ex. tobaksavvänjning har man haft konkreta mål om ökat antal remisser till primärvården, vilket man menar har givit en viss effekt. På samma sätt har man satt specifika nyckelvärden inom diabetes och psykiskt hälsa som är kopplade till riktlinjerna.

Intervjupersonerna anser att det är viktigt att utveckla målvärden och uppföljningsmått med tydliga indikatorer och mål som är möjliga att uppnå och följa upp, så att verksamheterna får möjlighet att se om deras arbete ger effekt. Man lyfter också vikten av att involvera dem som arbetar med frågorna i framtagandet av indikatorer och målvärden. Uppdrag, uppföljningsmått och målvärden skulle kunna

utvecklas och bli bättre så att de hänger ihop med varandra. Man anser också att det är av stor vikt att uppföljningsmått och målvärden är jämförbara och tillgängliga och att de mäts på samma sätt i hela organisationen.

## Ersättningsmodeller

Det hälsofrämjande arbetet präglas av långsiktighet och kontinuitet och flera av intervjupersonerna menar att dagens prestations- och styckprisersättning driver ett beteende, "en hybris av registreringar", som lägger fokus på fel sak. Det hjälper t.ex. inte att bara skriva ut ett FAR-recept eller att ställa frågor om tobaksvanor om ingen uppföljning görs. Flera av intervjupersonerna vittnar till och med om negativa biverkningar av ekonomistyrningen och menar att dagens ersättningsmodeller kan vara direkt skadliga för personcentrering, bemötande och kontinuitet.

Flera av intervjupersonerna problematiserar kring de ekonomiska styrincitamenten genom att ta upp New Public Management (NPM) som anses vara ett svårtillämpat system om man förväntar sig att vårdprocessen ska fungera enkelt eller på ett förutsägbart sätt. "Man måste skilja på förlopp där industrialiseringstänket fungerar och situationer som är mer komplexa."

Svårigheten i att få sanningsenliga resultat lyfts också fram, där vissa vårdgivare registrerar åtgärder trots att de inte uppfyllt kraven medan andra arbetar hälsofrämjande utan att registrera. Den ökade administrativa bördan med registreringar nämns också som ett problem, särskilt där man inte har stöd av bra IT-system.

Trots detta framhävs att de ekonomiska ersättningarna har bidragit till att frågorna enklare har kunnat lyftas på styr- och ledningsnivå och därmed satt det hälsofrämjande arbetet på kartan. Arbetet med registreringar och ersättningar har också skapat ett lärande och ett förhållningssätt som hjälpt till att få strukturer på plats. Däremot ifrågasätts långsiktigheten i dagens system. "Målrelaterad ersättning gjorde att man inte kunde ducka för frågan, men jag tror att resultatet i längden inte blir sanningsenligt".

Vissa menar att ekonomiska incitament måste finnas, men att man istället för dagens styckprisersättning måste hitta ersättningsmodeller som premierar resultat och effektivitet framför produktivitet. I en av regionerna/landstingen berättar man om en tidigare abonnemangsbaserad ersättning som gav vårdcentralerna möjlighet att finansiera sjukskötersketjänster och processledare. I samarbete med forskare fick de i uppdrag att lyfta in kunskapen i verksamheterna och visa på värdet av folkhälsoinsatser på både individ- och gruppnivå. Detta bidrog till att sätta en process i rörelse.

Andra ifrågasätter om man verkligen ska få betalt för det som står i hälso- och sjukvårdslagen och trycker på att värderingar borde vara ett starkare styrmedel än pengar. De menar att det snarare handlar om att skapa en ökad förståelse för vad som ingår i vårdens uppdrag.

## Övriga faktorer

Samtliga intervjuade lyfter fram ett antal övriga faktorer som inte direkt handlar om de fyra styrincitamenten, men vi har valt att redovisa dem eftersom de, enligt både intervjuarnas och vår uppfattning, samverkar med incitamenten och därmed kan påverka deras effekt.

## Kultur

Många framhåller att utan insikten om och förståelse för frågorna kommer de fyra styrincitamenten aldrig att räcka till. Flertalet av de intervjuade understryker hur viktigt det är med engagemang och intresse för frågorna hos personalen. Framförallt är chefernas insikter och intresse avgörande. "Utan deras stöd är det svårt för enskilda medarbetare att få gehör för det hälsofrämjande arbetet."

Här menar man att ett perspektivskifte behövs i vården, från ett, "fortfarande dominerande patogent (sjukdomsorienterat) till ett mer salutogent (hälsofrämjande) förhållningssätt". Flera pekar på att det patogena synsättet "sitter i väggarna". "Professionen håller mest på med medicinsk kvalitet". Man trycker på att det måste skapas en grundförståelse för problematiken, behovet och vinsterna med det hälsofrämjande arbetet, både på individ-, grupp och samhällsnivå.

Samtidigt anser vissa att professionen i sin yrkeskunskap förstår att den hälsofrämjande, förebyggande biten är viktig. Just inställningen att "detta har vi alltid gjort" (d.v.s. att man anser att man redan arbetar hälsofrämjande) nämns som ett hinder för att komma vidare i arbetet. Man menar att problematiken ligger i att det saknas insatser, incitament och kunskap för att arbeta systematiskt med frågorna, snarare än en misstro mot frågorna i sig.

Överlag tror intervjupersonerna att man skulle kunna lyfta fram hälsofrämjande, förebyggande och delaktighet i hälso- och sjukvården ännu bättre med hjälp av goda och konsistenta värderingar som är mer allmänt kända. "Med en mer holistisk syn är det lättare att förstå att man är en kugge i ett system som strävar efter bättre hälsa i befolkningen."

## Kunskap

Behovet av vetenskaplig evidens framhålls som mycket viktigt för att professionen ska ta till sig nya arbetssätt och rutiner. Rökstopp innan operation har till exempel fått fäste då man vetenskapligt kunnat visa på fördelar i återhämtningsprocessen. Däremot anser somliga att det är svårare att arbeta med frågor som rör till exempel kosthållning då det finns "så många olika rön" inom området. Vikten av att koppla samman hälsofrämjande insatser med specifika sjukdomstillstånd lyfts också fram. Intervjupersonerna vittnar om att det har varit lättare att införa hälsofrämjande arbetssätt där man snabbt ser effekt och värde, till exempel vid fysisk aktivitet för diabetespatienter.

I vissa av landstingen/regionerna lyfter man betydelse av ett nära samarbete med statistiker, forskare och epidemiologer som på ett pedagogiskt begripligt sätt levererar resultat till de enskilda verksamheterna. Strukturer med expertråd som bevakar kunskaps- och evidensläget och bidrar till ökad kunskap tas också upp som exempel på stödstruktur.

I stort tycker ändå intervjupersonerna att det blivit lättare att arbeta med frågorna nu, jämfört med för tio år sedan. "Fler och fler blir intresserade och det gäller att bli intresserad av dem som blir intresserade." Man menar att samhället i stort rört sig i en riktning där hälsa och goda levnadsvanor premieras och att det är svårt att särskilja vad som beror på det arbete som bedrivits i hälso- och sjukvården och vad som beror på andra faktorer i samhället, såsom hur media lyfter vikten av kost, motion eller andra levnads vanor.

## Dialog

I ett av de större landstingen/regionerna anser man att glappet mellan dem som jobbar med frågorna på styrningsnivå och dem som arbetar "på golvet", ute i verksamheterna, blivit för stort. Man tycker att de fyra styrincitamenten fungerar på ledningsnivå, men att man inte når ut till verksamheterna, särskilt inte om man inte fått med sig cheferna.

Vissa pekar på svårigheten att kommunicera kring frågorna. "Hur når jag ut till mina två tusen anställda?" "Hur övertygar man på ett bra retoriskt sätt när det är så många begrepp som florerar såsom hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande etc." Gemensamma termer och begrepp samt en rak och enkel kommunikation efterfrågas.

I de mindre landstingen/regionerna tros närheten mellan politiker, tjänstemän, kunskapsorganisationer och verksamheter vara en fördel. De som jobbar med frågorna sitter nära den politiska ledningen, kan bära budskapen från vårdgivarna vidare och har möjlighet att påverka det som står i landstingsplaner. Där skapas en förståelse för varandra i en kontinuerlig dialog om värderingar och invånarnas/verksamheternas behov.

Utifrån ett styr- och ledningsperspektiv anser man att det är viktigt att ta ett steg tillbaka och ha ett mer coachande förhållningssätt till verksamheterna när de kommit till en mognad i frågorna. Man måste "våga ge över (ansvaret) till verksamheterna, testa, plocka upp och sprid goda exempel".

Flera av de intervjuade menar att det måste få finnas en högre tillit mellan politiker, tjänstemän och verksamheter. "Som vårdgivare blir man besviken om man inte blir bemött med tillit". En person anser att stabens roll som myndighetsutövning/kontrollfunktion bör minskas och att lednings- och styrsystem i princip ska vara anpassade efter "de 80 % som gör som de ska". För de övriga 20 % kan man ha ett sidosystem med starkare kontroll och styrning.

## Nätverk och stödstrukturer

Att det hälsofrämjande arbetet till stor del bygger på "eldsjälar" och personliga relationer framhålls som en framgångsfaktor, men också som en risk, då det inte alltid finns några formella strukturer för arbetet.

I detta hänseende framhålls fördelen med olika typer av formaliserade nätverk. I en av regionerna/landstingen samlas högre chefer till ett hälsoråd. Där kan de ges stöd och ämnesexpertis, lära av varandra och få till en systematik. I en annan region/landsting arbetar processledare med att föra in frågorna i de olika förvaltningarna. Processledarna samarbetar, driver på för jämförbara resultat och kan sprida goda exempel sinsemellan. I en tredje region/landsting träffar representanter från förvaltningen vårdgivare från både specialist- och primärvård samt psykiatri. "Det är det som ger mest, att prata med verksamheterna". Två av landstingen/regionerna har dessutom ingått ett samarbete för att lära av varandra genom att granska varandra (kollegial granskning).

Intervjupersonerna poängterar vikten av att utse personer som är nyckelmärkta för att lyfta in frågorna i verksamheterna och som ständigt kan påminna om det hälsofrämjande förhållningssättet. Dessa personer måste inte alls vara chefer, utan kan till exempel vara hälsopedagoger eller fysioterapeuter.

Det framhålls också som viktigt att de som arbetar med frågorna ges praktiskt stöd, utbildning och återkoppling och att bra styr- och stödsystem utvecklas i ständig dialog med dem som utför arbetet.

En viktig aspekt i det hälsofrämjande arbetet, som flera av de intervjuade framhäver, är att inte jobba i organisatoriska "stuprör" (d.v.s. vertikala strukturer som inte belönar samarbete med närliggande verksamheter) utan utveckla arbetssätt som inkluderar samarbete mellan flera olika aktörer i samhället, såsom skola, boenden, föreningar, organisationer etc.

Vikten av stöd från politiken nämns också av flera intervjupersoner. Man pekar på problematiken i att den politiska logiken sällan stämmer överens med logiken i kunskapsstyrningen. Skiftande politisk ledning, "vad som är politiskt möjligt", och detaljstyre från år till år har lett till brister i helhetssyn och kontinuitet. I landsting/regioner där man däremot haft ett konsekvent stöd för frågorna, både i texter och i budget, upplever man sig ha kunnat bygga upp en struktur för det hälsofrämjande arbetet och kunnat jobba långsiktigt.

### **Resurser**

En farhåga som lyfts är att det hälsofrämjande arbetet kommer att få stryka på foten för det akuta när allt fler patienter flyttas över från den specialiserade vården till primärvården, utan att nödvändigtvis mer resurser överförs. Samtidigt kvarstår synsättet att det är primärvården som ska ta hand om det förebyggande arbetet, vilket man tror medför en svårighet att motivera det hälsofrämjande arbetet på sjukhusen och i den öppna specialistvården.

Många nämner tidsbrist och bekymmer med bemanning (kontinuitet i personal) som ett hot mot möjligheten att arbeta mer hälsofrämjande. "Det är svårt att införa något när det gungar hela tiden". En av de intervjuade menar dock att tid inte nödvändigtvis behöver vara ett problem, om man har tydliga och strukturerade arbetssätt.

För detta krävs fungerande IT-stöd. Många av de intervjuade vittnar om dåliga IT-system som gör det krångligt att registrera samtidigt som det inte går att plocka ut de data som behövs för uppföljning. "Även om man har måltavlor, riktlinjer, indikatorer så har man inte kunnat följa upp - inget händer om man är sämst i klassen." En person menar att om man hade tillgång till system där det är "lätt att göra rätt", kommer man inte vara i lika stort behov av andra incitament.

## Diskussion

Tiden för detta projekt var kort och den valda intervjumetoden påverkar de resultat och slutsatser som vi presenterar. Vi hade sannolikt kommit till en mer utvecklad diskussion och mer exakta slutsatser om vi hade haft tid för att komplettera intervjuerna med en workshop eller ett seminarium i syfte att diskutera och nyansera resultaten. Detta är viktigt att ta hänsyn till vid läsning av våra slutsatser som följer nedan. Intervjupersonernas uppfattningar om styrning av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, utifrån de fyra styrincitamenten, grundar sig dock på stor erfarenhet och gedigen kunskap.

## Uppdragstexter

Det första frågeställningen som är relevant efter en genomgång av intervjuerna är vilka texter som uppfattas som mer styrande - de allmänna eller de mer specifika? Uppdelningen av intervjupersonerna i dessa två grupper är tydlig och man skulle kunna tro att detta bidrar till frågans klarhet. Tveksamheten uppstår när man inser att argumentationerna från dessa två grupper är nästan identisk. Texterna är styrande därför att de är konkreta och klara, menar den ena gruppen. Texterna är inte av någon större nytta därför att de är för detaljerade och inte anpassade till patientperspektivet och den variation som finns i patientmöten, menar den andra gruppen. Och tvärtom, texterna som är allmänna, som gäller flera levnadsvanor och flera patientgrupper och som riktar sig till olika vårdnivåer kan anses vara mer styrande respektive mindre styrande av respektive grupp. Det blev uppenbart att texternas specificitet inte uppfattas som ett bra mått på deras effektivitet. Från den tidigare rapporten som HSF nätverket givit ut framgår att texterna har blivit mer allmänna mellan 2012 och 2016 på så sätt att de avser flera levnadsvanor och patientgrupper, medan andra incitament, som ersättning, uppföljning och målvärde, ökar i betydelse. Om denna trend stämmer så ökar texternas betydelse mer som ett värderingsramverk, där övriga incitament blir ett komplement, och mindre som en beskrivnings- och upplysningstext avseende uppdraget.

En annan uppdelning finns mellan vårdgivarna och uppdragsgivarna där uppfattningar om varandras bristfälliga kompetens inom området tas upp som svaghet eller hot. Vårdgivarna anser att svaga uppdragstexter avslöjar uppdragsgivarnas kompetensbrist, medan uppdragsgivarna anser att brist på vårdgivarnas kompetens inom området visas just genom att vårdgivarna anser att texterna inte är tillräckligt bra.

Den tredje frågan som är av stor betydelse för texternas styrningseffektivitet gäller deras samstämmighet mellan olika avtalsområden, som primärvård, olika specialitetsområden eller sjukhus. Texterna, som i regel bereds av olika uppdragsgivarinstanser, är anpassade för respektive avtalsområde och vårdgivare, men illa anpassade till patientperspektivet. Hälsöfrämjande insatser riktar sig alltid till en patientgrupp, stor eller liten, men uppdragstexterna riktar sig alltid till en vårdgivare, vilket ställer stora krav på uppdragsgivare att säkerställa att hela patientgruppen får samma insatser oavsett vilken vårdgivare man besöker.

Den fjärde frågeställningen gäller de politiska prioriteringsprocessernas betydelse för texterna. Uppdelningen bland intervjupersonerna går i den frågan mellan dem som anser att den gällande politiska prioriteringen avseende hälsofrämjande arbetet är stabil och de som anser att den är inkonsekvent och ryckig. Budgetar för hälsofrämjande hälso- och sjukvård blir i regel nedprioriterade när huvudmännen måste spara för att täcka underskott. Ju större besparing, desto större sannolikhet att sådan nedprioritering

sker. Detta syns på olika sätt genom att den hälsofrämjande delen i uppdragstexterna bantas ner, flyttas ihop med andra närliggande verksamheter eller uteblir helt i avtal och överenskommelser.

## Uppföljningsindikatorer

Problemen med uppföljningen kan indelas i två grupper enligt de intervjuade personerna. Den första är de befintliga indikatorernas otillräckliga kvalitet och den andra är att de utfall som uppmäts inte efterfrågas av uppdragsgivarna eller återkopplas till vårdgivarna.

Den första gruppen av svagheter handlar om att:

- uppföljningen baseras på alltför allmänna indikatorer som inte är tillräckligt anpassade efter patientgruppen
- indikatorer eller mätmetoder ändras och justeras så att utfallet inte kan följas i tid
- indikatorer oftast följer prestationer och inte resultat
- primärregistrering inte är tillförlitlig dvs. det som görs under- eller överregistreras

Den andra gruppen svagheter, eller snarare hot mot en mer effektiv uppföljning, är brist på efterfrågan av utfall. Det manifesterar sig i brist på dialog mellan uppdrags- och vårdgivare om de uppmätta utfallen eller brist på rutiner för att ge vårdgivarna återkoppling på deras resultat.

Å andra sidan, när uppföljning anses fungera och där det finns samsyn om indikatorer och dialog om utfall, upplevs uppföljningsincitament mycket styrande. Man anser att när uppföljningen fungerar går det att uppnå mer hållbara styrningseffekter än med de övriga styrincitamenten. Detta förklaras med att återkopplingar om verksamheternas goda resultat förstärker den professionella identiteten och värderingen och fungerar som bevis på att det de har gjort har gjorts rätt.

Att det förekommer tankar om att det är bättre att förlita sig på värderingar när det kommer till det hälsofrämjande arbetet kan vara ett tecken på uppgivenhet eller åtminstone en svag tro på uppföljningsincitamentens genomslag. Upplevelsen att dagens resultatmätt inte anses utformade för att utveckla det hälsofrämjande arbetet utan mer som en rapport uppåt i organisationen kan på sikt undergräva vårdgivarnas tillit till incitamentet.

## Målvärde

I likhet med uppföljningen följer målvärden som styrincitament samma slags invändningar mot genomslag i styrningen. För att målvärden som styrincitament kan fungera effektivt ska det finnas en utvecklad uppföljning och förmåga att sätta realistiska och stimulerande mål.

Målvärden kan endast fastställas om det finns tillförlitlig uppföljning. Även om det finns trötthet hos vårdgivarna beträffande antal totala mål som verksamheterna ska uppfylla verkar det finnas en positiv inställning beträffande mål, särskilt om de sätts för respektive levnadsvana. Beträffande målens betydelse var de intervjuade mest överens om att målen inte bara ska kännas relevanta, mätbara och realistiska att uppnå för vårdgivarna, utan också lätta att följa och rapportera utan att det kräver extra arbete.



En viktig slutsats från intervjuerna var att utveckling och anpassning av uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, ersättningsmodeller och målvärden måste ske kontinuerligt.

## Ersättningsmodeller

Det dominerande frågeställning som de intervjuade först tog upp var om prestationsrelaterade ersättningar är lämpliga som incitament för styrning av hälsofrämjande hälso- och sjukvård och flera tog upp begreppet New Public Management (NPM). Så gott som alla intervjuade hade egna erfarenheter av ersättningsmodellernas verkan inom området, både positiva och negativa, men den samstämmiga synpunkten kan sammanfattas på följande sätt: prestationsrelaterade ersättningar har gjort skillnad men inte bidragit till en bestående utveckling.

Det har gått nästan ett decennium av mer eller mindre systematiskt tillämpning av framförallt prestationsrelaterad ersättning inom hälsofrämjande hälso- och sjukvård och huvudmännens kunskap om ersättningsmodeller har successivt ökat. Exempelvis, nätverkets exempelsamlingar från 2012 respektive 2016 visar att antal landsting som tillämpar prestationsrelaterad ersättning för att ersätta åtgärder inom hälsofrämjande hälso- och sjukvård har mer än fördubblats under den perioden, från 5 till 12 landsting. Detta trots att denna förändring sammanfaller med en, ibland hätskt, debatt om den skadliga inverkan av ersättningsmodeller inom offentlig sektor. Det är vanskligt att försöka hitta svar på det men vi kan nämna två faktorer som skulle kunna förklara det fenomenet. Den ena är införandet av lagen om vårdval (LOV) som har bidragit till en ökad implementering av prestationsrelaterade ersättningar inom alla delar av primärvården, även för hälsofrämjande insatser. Den andra är att landstingen har skaffat egna erfarenheter och lärt sig att minska modellernas negativa effekter. En fråga som bör besvaras är i vilken mån de negativa effekterna av felaktig tillämpning av prestationsbaserade ersättningar har varit en viktig faktor för att ett ganska stort antal (9) huvudmän inte har infört prestationsersättningar som incitament inom området. En kanske ännu viktigare fråga är vilka landsting som har haft en bättre resultatutveckling inom området, de som har eller de som inte har prestationsrelaterade ersättning inom hälsofrämjande hälso- och sjukvård, och om detta beror just på olika ersättningssystem eller något annat.

En frågeställning som också dominerade intervjuerna var om de nödvändiga förutsättningarna för införande av ett ändamålsenligt ersättningssystem finns. Det togs upp många exempel där misslyckande av implementering av ersättningsmodeller inte med säkerhet kan tillskrivas modellernas ofullkomlighet utan beror på förutsättningar som t ex:

- avsaknad av tydligt begrepps- och beskrivningssystem inom hälsofrämjande hälso- och sjukvårds insatser
- felaktig eller missvisande primärregistrering av åtgärder
- omständliga och inkonsekventa rapporteringssystem
- ryckigheten i ersättningsnivåerna och modellernas ständiga justeringar kräver högre administrativ kompetens och mer resurser hos vårdgivarna, från medarbetar- till chefsnivå.

## Styrincitamentens förutsättningar

Som nämndes i avsnittet Resultat tar samtliga intervjuade upp en rad övriga faktorer som direkt eller indirekt påverkar de fyra styrincitamentens genomslag. De handlar om ett brett spektrum av olika faktorer som



förstärker eller försvagar styrincitamentens verkningsgrad. Vi kallar dessa faktorer styrincitamentens förutsättningar och har grupperat dem i fem grupper: kultur, kunskap, resurser, dialog och stödstrukturer.

### **Insikten om betydelse av hälsofrämjande arbete – en kulturfråga?**

Resultatet av intervjuerna visar tydligt att det fortfarande finns betydande brist på insikt om det hälsofrämjande arbetets betydelse. Den önskade förändringen från ett patogent till ett salutogent perspektiv har inte skett, framförallt på grund av brist på engagemang, intresse, insikt om och förståelse för frågorna både hos medarbetarna men framförallt hos cheferna. Utan chefernas stöd är det svårt för enskilda medarbetare att få gehör.

En kulturförändring kan uppnås genom att på ett mer effektivt sätt kommunicera behovet av och vinsterna med ett hälsofrämjande förhållningssätt, både på individ-, grupp och samhällsnivå.

### **Kunskap om insatsernas effekter**

Det konstateras att hälso- och sjukvården som en kunskapsintensiv sektor har en stark tilltro till vetenskaplig evidens. En studie om implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [3] visar dock att kunskap i sig inte räcker till. Liksom denna undersökning, visar samma studie att strukturer med t.ex. expertråd, statistiker, forskare och epidemiologer som bevakar och förmedlar kunskaps- och evidensläget kan bidra till en ökad kunskap hos professionen om insatsernas effekter.

### **Dialog politiker – tjänstemän - vårdgivarna**

Dialog och kommunikation, i olika former och mellan olika parter, beskrivs som en viktig förutsättning både för styrincitamentens utformning och för dess genomslag.

Om dialog inte finns eller kommunikationen är bristfällig uppstår en känsla av brist på tillit och engagemang, framförallt hos vårdgivarna.

### **Stödstrukturer – en väluppbyggt infrastruktur**

Resultaten av intervjuerna visar att när det hälsofrämjande arbetet får genomslag anses detta mer vara ett resultat av enskilda personers engagemang än strukturerade arbetssätt och formaliserade nätverk. Riskerna med en personbunden utveckling är uppenbara. Nätverk, processledare, statistiska underlag, olika råd och mer formaliserade grupper på olika nivåer skapar en garant för en mer hållbar utveckling.

Många av de intervjuade vittnar om illa anpassade IT-system med omständliga registreringar och svårigheter att plocka ut relevant data. Fungerande IT-stöd behövs för att mäta de utfall som ligger till grund för uppföljningar, ersättningsmodeller och målnivåer.

En annan typ av stöd, minst lika viktigt, är det från politiken. Utan det stödet upplever vårdgivare brist på helhetssyn, kontinuitet och uthållighet i styrningen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Vissa menar att utan det stödet är det mycket svårare att bygga upp och behålla en stabil infrastruktur.

### **Upplevelse av ständigt knappa resurser och otillräckligt informationsstöd**

Tid- och bemanningsbrist är ett hot mot det hälsofrämjande arbetet även om det finns exempel där tydliga och strukturerade arbetssätt dämpat effekterna av dessa brister.

En intressant fråga är hur man ska tolka farhågor hos intervjupersonerna kring den pågående trenden att överföra patienter från sjukhus- till primärvård. Många anser att ett ökat ansvar för krävande patienter i den redan belastade primärvården kan minska utrymmet för att arbeta hälsofrämjande. Oron i sig kan tolkas som ett tecken på att det hälsofrämjande arbetet inte är prioriterat.

## Slutsatser

Vi ser denna rapport som en början till en diskussion om vilka som är de mest relevanta frågorna avseende styrning av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Överlag verkar det ha blivit lättare för samtliga regioner/landsting att arbeta med frågorna idag, jämfört med för tio år sedan. Att intresset ökar är uppenbart även om man önskar att det sker i en snabbare takt. Nedan presenterar vi ett antal slutsatser utifrån de fyra styrincitamenten samt övriga faktorer.

### 1. Uppdragstexter

- uppdragstexterna anses utgöra det grundläggande incitamentet men de flesta anser samtidigt att texterna i sig, oavsett hur väl formulerade eller kunskapsbaserade de är, inte räcker hela vägen.
- uppdragstexterna är inte tillräcklig anpassade till de övriga incitamenten så att de tillsammans utgör en helhet
- uppdragstexterna inom olika områden är inte synkroniserade för att säkerställa en helhetlig styrning utifrån ett personperspektiv
- texterna baseras inte på en dialog mellan vård- och uppdragsgivarna om de lokala förutsättningarna
- de ovanstående bristerna kan förstärkas respektive åtgärdas beroende på om en långsiktig politisk prioritering av hälsofrämjande hälso- och sjukvård finns eller ej.

### 2. Uppföljningsindikatorer

- uppföljningsindikatorerna upplevs som bristfälliga är när de är alltför allmänna och inte patientgruppanspassade, när de ändras och justeras så att utfallet inte kan följas över tid samt att de oftare mäter prestationer snarare än resultat
- en ojämn primärregistrering anses förekomma alltför ofta
- efterfrågan om utfall och dialog om uppmätta värden är otillräcklig
- när uppföljningsindikatorerna fungerar är intrycket att det går att uppnå mer hållbara styrningseffekter än med de övriga styrincitamenten.

### 3. Målvärden

- målvärden som styrincitament fungerar effektivt när det finns en utvecklad uppföljning och förmåga att sätta realistiska och stimulerande mål, särskilt när målen sätts separat för respektive levnadsvana
- om utveckling och anpassning av målvärden sker kontinuerlig och synkroniserat med utvecklingen av uppdragstexter, uppföljningsindikatorer och ersättningsmodeller fungerar målvärden som ett starkt incitament.

### 4. Ersättningsmodeller

- införandet av prestationsbaserade ersättningar för hälsofrämjande insatser har påskyndat tillämpningen men de uppfattas inte som ett hållbart incitament
- en övergång från prestationsersättningar till ersättningar för resultat efterfrågas och anses bör ske där det redan finns evidensbaserade kunskaper om insatsernas effektivitet

- det finns fortfarande omotiverade skillnader i implementeringsgraden av ersättningsmodeller i primärvård och specialiserad vård.

## 5. Styrincitamentens förutsättningar

- en kultur där det finns en insikt om det hälsofrämjande arbetets betydelse för befolkningens hälsa i allmänhet och vårdgivarnas roll i det i synnerhet
- spridning av vetenskaplig evidens till professionen om de hälsofrämjande insatsernas effekter
- dialog mellan politiker, tjänstemän och vårdgivarna som skapar förståelse och tillit
- en väl utbyggd infrastruktur av professionellt och administrativt stöd, IT-stöd samt forskning och samverkan
- tillräcklig med resurser och tid.

## Referenser

1. Avtals- och uppdragstexter med fokus på levnadsvanor, En exempelsamling, HFS-nätverket, 2012
2. Kartläggning av huvudmännens styr- och ledningsdokument avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård - En exempelsamling, HFS-nätverket, 2012
3. Översättning av riktlinjer, Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag, HELIX Working Papers, Linköping 2016
4. Förebygga för att överbygga, Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor, Vårdanalys, 2016:4

## Bilaga 1

### Metod

Den huvudsakliga metoden i denna analys var kvalitativ. Insamlingsincitamentet var semistrukturerade intervjuer. Instruktioner om intervju samt beskrivning av uppdragets syfte och mål (se bilaga 2) skickades till respondenterna en vecka innan den bokade tiden för intervjun. Intervjufrågorna var tre och handlade om hur de fyra styrincitamenten: uppdragstexter, uppföljningsindikatorer, målvärde, ersättningsmodeller. Syftet med frågorna var att ta reda på den historiska utvecklingen, den aktuella problembilden och, sist, den framtida bilden avseende användning av styrincitamenten.

### Urval

Antal valda huvudmän som intervjuades var fem, inklusive inklusive Region Skåne, Stockholms Läns Landsting, Västra Götalandsregionen, Region Östergötland samt Västerbottens Läns Landsting. Av de valda huvudmännen har vi planerat att intervju två personer från respektive huvudman, en vårdgivare och en uppdragsgivare. Av de tio planerade genomfördes sammanlagt nio intervjuer, fyra uppdragsgivare och fem vårdgivare. Samtliga fem vårdgivare var anställda på offentligt ägda vårdenheter.

De intervjuade personerna var både medarbetare, första linjens chefer, högre chefer och högsta chefer och personernas professionella bakgrund var medicinsk (sjuksköterska, läkare), paramedicinsk och administrativ.

### Genomförande

Vid varje intervju har både projektledaren och projektmedarbetaren närvarat. Intervjuerna har ägt rum på respondenternas arbetsplats/kontor med undantag för en intervju som genomfördes via telefon. Intervjuerna, som var mellan 1-1,5 timme långa, har spelats in med respondenternas godkännande. Parallellt med inspelningen har både projektledaren och projektmedarbetaren fört egna anteckningar.

### Bearbetning av intervjuerna

Projektmedarbetaren har lyssnat av inspelningarna och justerat sina anteckningar. Projektledaren och projektmedarbetaren har sedan stämt av anteckningarna och skapat en slutanteckning. Bearbetningen har gått till så att slutanteckning har lästs tillsammans för att hitta citat (selektion) som innehåller minst ett påstående som var relevanta utifrån uppdragets syfte. Påståendena har sedan sorterats (kodning nr 1) i fem olika grupper, uppdelat på de fyra styrincitamenten samt en femte grupp för övriga påstående (påståenden som inte kunde selekteras under de fyra teman men som bedömdes kunde vara relevant utifrån uppdraget). Efter det har samtliga citat i respektive tema sorterats (kodning nr 2) efter SWOT – metoden. Resultatet av selektion, kodningar och teman har skrivits i form av en matris där varje citat var skriven i en separat cell. Matrisen hade fyra kolumnerna, en för respektive SWOT – kategori medan raderna var grupperade efter de fem temana.

### Resultatanalys

Matrisen som skapades bearbetades genom induktiv analysmetod för att eventuellt hitta mönster i påståendena som har grupperats efter de fyra SWOT – kategorier när det var möjligt. På så sätt blir det

lättare för läsaren att följa rapportens texter som i princip handlar om svagheter/hot respektive styrkor/möjligheter.

Resultatet av analyserna har presenterats under kapitel Resultat i form av de mest typiska och mest representativa påståendena dvs. vård- respektive uppdragsgivarnas syn på styrincitamenten. Underrubrikerna i detta kapitel bär namn efter respektive incitament förutom den femte som, efter analys av de påståenden som sorterades i det temat, döptes till Styrincitamentens förutsättningar. Samma struktur följer både kapitel Diskussion, där vi tar upp de viktigaste iakttagelserna om resultaten, och kapitel Slutsatser, där vi i sammanfattad form drar slutsatser om de intervjuades syn på styrincitamentens genomslag. I denna fas av analysen har både projektledaren och projektmedarbetaren använt sina tidigare kunskaper inom området för att värdera och prioritera bland påståendena och hitta eventuella mönster eller dra slutsatser.

## Bilaga 2

### Underlag för intervjun

Projektets utgångspunkt är att huvudmännens styrning och ledning förverkligas huvudsakligen via olika styrincitament som:

- Uppdragstexter
- Uppföljningsindikatorer
- Ersättningsmodeller
- Målvärden

Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård har uppmärksammat en brist på kunskap just om hur dessa styrincitament och/eller styrincitament uppfattas av både uppdragsgivare och vårdgivare. Huvudsyftet med intervjuerna är således att samla in uppdragsgivarnas respektive vårdgivarnas uppfattningar om styrincitamentens möjligheter och hinder för en bättre styrning och ledning av de fyra levnadsvanorna, hälsofrämjande förhållningssätt och personcentrerad vård.

Vid intervjuerna kan det bli aktuellt att beröra övriga styrincitament framförallt på nationellnivå, som t ex lagar och föreskrifter, rekommendationer som nationella riktlinjer, kunskapsstyrning i allmänhet, samverkan etc. Vi vill dock påpeka att vi gärna vill ha synpunkterna på dessa incitament men endast i relation mot uppdragsstyrningen eftersom utvärdering av de övriga incitamenten inte är föremål för vårt projekt.

För att lättare fånga dina uppfattningar förbered gärna svar, med fokus på de fyra levnadsvanorna, hälsofrämjande förhållningssätt och personcentrerad vård, utifrån följande frågor:

- 1. Ge en bedömning av hur väl har de ovan nämnda styrincitamenten hittills fungerat i landstinget/regionen utifrån uppdrags-/vårdgivarperspektivet?**
- 2. Vilka hinder och utmaningar ser du för en bättre/effektivare styrning i landstinget/regionen**
- 3. Vilka möjligheter ser du för en bättre/effektivare styrning i landstinget/regionen**

Redovisa gärna svaren på de tre frågorna efter resp. styrincitament:

- Uppdragstexter
- Uppföljningsindikatorer
- Ersättningsmodeller
- Målvärden

Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård