

NOVEMBER 2014
EPIDEMIOLOGI OCH GLOBAL HÄLSA
UMEÅ UNIVERSITET

HELENE JOHANSSON

IMPLEMENTERING AV
NATIONELLA RIKTLINJER
FÖR
SJUKDOMSFÖREBYGGANDE
METODER

EN BESKRIVANDE FALLSTUDIE
I FYRA LANDSTING OM
EKONOMISKA STYRSYSTEM OCH ANDRA
FAKTORERS BETYDELSE

SAMMANFATTNING

Denna rapport är ett resultat av en forskningsstudie som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen. Det övergripande syftet var att generera kunskap om hur ekonomiska styrsystem bör utformas för att bidra till en effektiv implementering i primärvården av Nationella riktlinjer för sjukdoms- förebyggande metoder. En tolkning av ersättningssystemens betydelse måste dock göras mot bakgrund av en mängd omgivande faktorer som kan vara både främjande och motverkande.

Ansvariga för undersökningen är forskare Helene Johansson samt professor Lars Lindholm vid enheten för Epidemiologi och Global Hälsa, Umeå universitet. För innehållet i rapporten ansvarar Helene Johansson (helene.johansson@umu.se).

I en första fas beskrevs regelverken för Vårdval/Hälsoval i samtliga landsting/regioner, som bildade kontext för implementeringen av riktlinjerna 2013. Syftet var att få insikt i hur landstingen hade utformat sina ekonomiska styrsystem för att främja insatser och resultat kopplat till sjukdomsförebyggande arbete generellt och mer specifikt till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, samt vilka övriga faktorer i landstingens regelverk som kunde antas påverka implementeringen av riktlinjerna. Beskrivningen av regelverken har redovisats i en separat delrapport. Den andra fasen, som utgör grunden för denna rapport, består av en fördjupad analys av primärvården i fyra landsting (Kalmar, Uppsala, Västernorrland, Norrbotten) där mer information inhämtats genom dokumentanalys, intervjuer av nyckelpersoner som i organisationen har strategiskt eller operativt viktiga roller när det gäller hälsofrämjande/ sjukdomsförebyggande arbete, implementering av riktlinjer och/eller utformning av ersättningssystem, samt enkätstudier riktade till verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster i primärvården. Fallstudien har även kompletterats med data från Nationella patientenkäten samt statistikuppgifter från respektive landsting i syfte att belysa landstingspecifika resultat i form av kedjan: struktur, identifikation, åtgärd och resultat.

Rapporten redovisar och diskuterar individuella och organisatoriska faktorer som kan påverka viljan och möjligheten att implementera och arbeta enligt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, såsom tidigare erfarenheter av hälsofrämjande/ sjukdomsförebyggande arbete, strategier för implementering av riktlinjerna, stödjande strukturer, uppföljningssystem, uppfattningar om riktlinjerna och arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, samt betydelsen av ekonomiska incitament för sjukdomsförebyggande arbete.

Det finns inget enkelt svar på hur ett ekonomiskt ersättningssystem bör utformas för att bidra till effektiv implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Svaret är att det beror på. Framgången ligger sannolikt i förmågan att anpassa ersättningssystemet till den "mognadsgrad" (erfarenheter, attityder, stödjande strukturer, kompetens, etc.) som finns för sjukdomsförebyggande arbete och mer specifikt främjandet av goda levnadsvanor, och de behov och mål för levnadsvanearbetet som finns i respektive landsting. Det gäller att ha ett långsiktigt tänkande, att redan från början veta vad man på sikt vill uppnå och en tydlighet gentemot verksamheterna om avsikten med incitamentet. Parallellt måste det finnas en lyhördhet för och en flexibilitet att kunna ändra utformningen av incitamentet, inklusive "kravställan", om effekterna inte blir de avsedda. Till detta måste det finnas ett kontextuellt skräddarsytt implementeringsstöd då ett ekonomiskt incitament, oavsett hur det är utformat, inte kan "stå på egna ben". Studien indikerar att yrkesgrupperna till viss del kan ha olika attityder till och reagera olika på ekonomiska incitament kopplade till sjukdomsförebyggande arbete. Det finns en risk att vårdpersonalen, inte minst läkargruppen upplever minskad autonomi och minskad tillfredsställelse med sitt arbete om man känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer. Man bör därför ta hänsyn till hur ersättningsmodellen kan samverka med eller motverka andra drivkrafter.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	5
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	6
Implementering	6
Ekonomiska styrsystem	7
Sammanfattning av delstudien "Ekonomiska styrsystem och sjukdomsförebyggande insatser i primärvården – en sammanställning av landstingens regelverk 2013"	8
Fallstudiens genomförande	9
Dokumentanalys	9
Intervjuer	9
Enkätstudier	10
Kontextbeskrivning	11
Landstinget i Kalmar län	11
Landstinget i Uppsala län	13
Västernorrlands läns landsting	15
Norrbottens läns landsting	18
Data från Nationella patientenkäten	20
Resultat intervjuer	22
Uppfattningar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	22
<i>Ger mer tyngd åt det sjukdomsförebyggande arbetet</i>	22
<i>Det sjukdomsförebyggande arbetet har tydliggjorts</i>	23
<i>En bekräftelse på att vara på rätt väg</i>	23
<i>Förvirrande med tre nivåer</i>	23
<i>En av många andra viktiga riktlinjer</i>	23
Implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	24
<i>Det handlar om ett paradigmskifte</i>	26
<i>Kunskap är A och O</i>	26
<i>Metoder för förbättringsarbete – en framgångsfaktor</i>	27
<i>Protesterna som kom gällde registreringen</i>	28
<i>Återkoppling på enhetsnivå ger fortsatt "verkstad"</i>	29
<i>Viktigt att få läkarna "med på tåget"</i>	30
Styrning med ekonomiska incitament	31
<i>Ett sätt att synliggöra</i>	31
<i>Man måste veta vad man vill uppnå</i>	31
<i>Ett ersättningssystem kan inte stå på egna ben</i>	32
<i>Det finns alltid en baksida med ekonomiska incitament</i>	32
<i>Val av ersättningssystem</i>	33
Resultat enkätundersökning	42
Svarsfrekvens	42
Uppfattningar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	43
Uppfattningar om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna	45
Uppfattningar om stödjande/underlättande faktorer	47
<i>Dokumentationsstöd</i>	48
Uppfattningar om ekonomiska incitament	49
Sammanfattande diskussion	60
Referenser	69
Bilagor	70

INLEDNING

UPPDRAGETS UTFORMNING

Föreliggande rapport är ett resultat av en forskningsstudie som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen. Syftet var att generera kunskap om hur ekonomiska styrsystem bör utformas för att bidra till effektiv implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården (i det här fallet primärvården). Landstingen/regionerna har kommit olika långt i implementeringen av riktlinjerna och en bidragande faktor skulle kunna vara att de utformat de ekonomiska styrsystemen olika (fortsättningsvis används landsting som gemensam benämning för landsting och regioner). Tolkningen av ersättningssystemens betydelse måste dock göras mot bakgrund av en mängd omgivande faktorer som kan vara både främjande och motverkande.

Forskningsstudien har genomförts i två steg. Det första steget innebar att för varje landsting beskriva de regelverk som bildade kontext för implementeringen av riktlinjerna i primärvården 2013. Syftet med genomgången var att få kunskap om hur landstingen har utformat sina ekonomiska styrsystem för att främja insatser och resultat kopplat till sjukdomsförebyggande arbete generellt och mer specifikt till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, samt vilka övriga faktorer i landstingens regelverk som kunde antas påverka implementeringen av riktlinjerna. Beskrivningen av regelverken har redovisats i en separat delrapport [1] och endast en kort sammanfattning av resultatet presenteras här (sid 8). Det andra steget, som utgör grunden för denna rapport, består av en fördjupad analys av primärvården i fyra landsting där mer information inhämtats genom dokumentanalys, intervjuer och enkätstudier. Fallstudien har även kompletterats med data från Nationell patientenkät samt statistikuppgifter från de berörda landstingen med syfte att belysa landstingsspecifika resultat i form av kedjan: struktur¹, identifikation², åtgärd³ och resultat⁴.

Avsikten med fallstudien var att belysa följande frågor:

- a. Hur varierar förekomsten av samtal om levnadsvanor i hälso- och sjukvården mellan landstingen/regionerna?
- b. Hur ser sambanden ut mellan utformning av regelverk och samtal om levnadsvanor som indikator på framgångsrik implementering av de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder?
- c. Vilka individuella och organisatoriska faktorer påverkar viljan och möjligheten att arbeta sjukdomsförebyggande enligt verksamhetschefer och vårdpersonal?
- d. Hur förklarar ekonomiska styrsystem och andra omständigheter förekomst av sjukdomsförebyggande arbete och resultat?

¹ Insatser som syftar till att på vårdenheter skapa en struktur för- och utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet, och underlätta implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

² Dokumenterade uppgifter om levnadsvanorna tobaksbruk, (risk)bruk av alkohol, (otillräcklig)fysisk aktivitet och (ohälsosamma) matvanor, inkl. vikt, BMI och midjemått hos listade individer.

³ Dokumenterade åtgärder som syftar till att stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor hos listade individer

⁴ Dokumenterade resultat av insatta åtgärder för att stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor hos listade individer

NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER

I Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [2011,] ger Socialstyrelsen rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja människors förändring av de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Grunden för merparten av de åtgärder som rekommenderas är någon form av samtal eller rådgivning som delats upp i tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Övriga åtgärder i riktlinjerna som t.ex. nikotinläkemedel och ordination av fysisk aktivitet på recept ges i tillägg till samtal/rådgivning. Åtgärderna i riktlinjerna förutsätter att hälso- och sjukvården har konstaterat att individen har ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller inga rekommendationer om formerna för detta. För att spegla kvaliteten i det sjukdomsförebyggande arbetet har Socialstyrelsen utarbetat indikatorer som kan användas som underlag för utveckling, uppföljning och redovisning på lokal, regional och nationell nivå.

IMPLEMENTERING

Implementering är en process, vilken kan definieras som en sammansättning specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet [2]. Nilsen menar att implementering inom hälso- och sjukvården kan betraktas som sociala förändringsprocesser som påverkas av och påverkar många aktörer och många faktorer på olika nivåer [3].

Det första steget i implementeringsprocessen är att någon får en idé om att genomföra en förändring för att möta ett behov eller lösa ett problem. Idén presenteras och ett beslut fattas. Nästa steg i processen är planering för att idén ska kunna förverkligas, följt av genomförande av de aktiviteter som krävs för att uppnå den önskvärda förändringen. Exempel på önskvärda förändringar är förändring av professionellt beteende och arbetssätt, men också förändring av den organisationsstruktur och kultur som har till syfte att stödja de förändringar i professionernas agerande som man vill uppnå. När förändringen/nyheten har integrerats både praktiskt och organisatoriskt ska en utvärdering och eventuella lokala anpassningar göras. När förändringen/nyheten sedan tas för given, oavsett omorganisationer och personalomsättningar då betraktas den som institutionaliserad. [2,4]

Behovet av implementeringskunskap i hälso- och sjukvården är stort. Frågor som ställs är; Varför används inte forskningsresultat och annan kvalitetssäkrad kunskap i högre utsträckning? Hur ska processer se ut för att omsätta kunskap i praktiken? Evidens är inte tillräckligt för att uppnå önskad tillämpning i vården och det finns inga enkla knep eller genvägar i form av någon allomfattande teori eller något ramverk som kan förklara alla aspekter av implementeringsprocesser [3].

En utgångspunkt i vården är att forskning om implementering inte uteslutande bör utgå från implementeringsvetenskap då vårdens implementeringsobjekt ofta är en del av en mer generell policy. Forskning om policy implementering har pekat på många lärdomar som exempelvis kontextens betydelse för implementeringsprocessens utfall (i slutändan är det vårdgivaren som ska använda nyheten men vårdgivaren existerar inte i ett vakuum). Innovationsforskningen har bidragit med kunskap om bl. a. betydelsen av egenskaper hos implementeringsobjektet (det som ska implementeras) och mottagarna/användarna.[3]

En mängd faktorer på olika systemnivåer kan påverka implementeringsprocessers utfall [5]. Inspirerad av olika typer av förklaringsfaktorer inom implementeringsvetenskap, innovationsforskning och forskning om kunskaps- och forskningsanvändning har Nilsen och medarbetare

beskrivit ett ramverk för implementeringsprocesser [6]. Ramverket omfattar sex typer av förklaringsfaktorer:

1. Implementeringsobjektet: Upplevda egenskaper hos det som implementeras
2. Implementeringsaktiviteter: Aktiviteter som används för att påverka implementeringsprocessen.
3. Implementeringsaktörer: Aktörer av betydelse för implementeringsprocessens utfall.
4. Användare: Egenskaper hos implementeringsobjektets (tänkbara) användare.
5. Inre kontext: Förhållanden och egenskaper i den verksamhet/organisation där implementeringen sker
6. Yttre kontext: Samhälls- (ex. lagar, regler) och demografiska förhållanden där implementeringen sker

Syftet med ramverket är att ge en förståelse för övergripande faktorer som kan påverka implementeringsprocessen och därmed också utgöra ett underlag för reflektion och diskussion. Nilsen och medarbetare betonar att ramverket inte säger någonting om olika komponenters relativa betydelse. De ska heller inte bedömmas isolerade från varandra då det finns relationer mellan de olika komponenterna som inte framgår om de beskrivs var för sig.

EKONOMISKA STYRSYSTEM

Det blir allt vanligare att styra hälso- och sjukvården med ekonomiska incitament och att koppla ersättningen till verksamhetens resursinsatser, prestationer eller grad av måluppfyllelse. Valet av ersättningsprincip har stor betydelse för vilka incitament som skapas för vårdens aktörer och deras beteende [7]. Generellt kan en ersättning beskrivas utifrån två dimensioner, tidsperspektiv och aktivitet [8]. Dessa dimensioner bestämmer vilken typ av incitament som ersättningen ger upphov till:

- Tidsperspektiv. Ersättningen kan vara prospektiv eller retrospektiv. Vid prospektiv ersättning får producenten ett fast belopp utan att hänsyn tas till de kostnader som uppstår. I ett retrospektivt system ersätts kostnaderna i efterskott.
- Aktivitet. Ersättningen kan vara fast eller rörlig. En fast ersättning är densamma oavsett hur mycket som produceras, medan en rörlig ersättning baseras på hur mycket som görs.

I rapporten ”Ersättning i sjukvården - modeller, effekter, rekommendationer”[7] ges en överblick av de ersättningsmodeller som används inom hälso- och sjukvården i Sverige (anslag, kapitation, ersättning per produktgrupp, åtgärds- och resultatbaserad ersättning) och dess effekter på sex områden (kostnadskontroll/produktivitet, kvalitet, tillgång till vård, risk för manipulation, innovation samt skillnad i effekter beroende på vårdproducentens karakteristika).

Alla ersättningsmodeller är förknippade med positiva och negativa effekter. Hur bra en ersättningsprincip kommer att fungera i praktiken påverkas också till stor del av uppgiftens karaktär men också av en rad faktorer i den miljö som den ska verka i. Även faktorer som exempelvis inre motivation, utbildning, ledarskap, organisationskultur och patientegenskaper har betydelse [8]. För att utnyttja ersättningsprincipernas positiva egenskaper och minska de negativa utgörs ofta i praktiken den totala ersättningen av en blandning av olika ersättningsprinciper [8]. Hänsyn behöver också tas till hur ersättningsmodellen samverkar med eller motverkar andra drivkrafter [7].

Hur ersättningssystemens utformning påverkar utförandet av arbetet inom hälso- och sjukvården har än så länge endast studerats i begränsad omfattning. Det finns dock indikationer som tyder på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi och minskad tillfredsställelse med sitt arbete i takt med att man, i ersättningssystem som fokuserar prestationsersättning, känner sig alltmer kontrollerade av ekonomiska faktorer [9]. Den inre motivationen, dvs. den egna drivkraften som bygger på känslor av meningsfullhet och tillfredsställelse av att utföra en viss aktivitet, kan undermineras av den insyn och kontroll som en ersättningsprincip (yttre motivation) medför [10].

I en rapport från SKL [11] betonas att det finns övertygande bevis för att ekonomiska incitament bör ingå i hälso- och sjukvårdens styrning men att det är lätt att både överskatta och underskatta deras kraft. Det viktiga är att förstå hela incitamentsstrukturen så att de ekonomiska drivkrafterna får sin rätta plats och kan samverka med andra drivkrafter som yrkesetik, professionell stolthet och patienters uppskattning.

SAMMANFATTNING AV DELSTUDIEN
”EKONOMISKA STYRSYSTEM OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE INSATSER I
PRIMÄRVÅRDEN – EN SAMMANSTÄLLNING AV
LANDSTINGENS/REGIONERNAS REGELVERK 2013”

Genomgången av regelverken för Vårdval/hälsoval 2013 visade att samtliga landsting/regioner hade sjukdomsförebyggande arbete med i uppdragsbeskrivningarna och för 14 av landstingen tydliggjordes att vårdenheterna ska arbeta i enlighet med Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Utöver dessa är det högst troligt att det fanns ytterligare landsting som baserade det sjukdomsförebyggande arbetet på riktlinjerna men utan att detta framgick av regelverken. Nitton landsting hade uppföljningsindikatorer som fokuserade på minst två av levnadsvanorna tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat (inkl. övervikt/fetma).

För att skapa incitament hade majoriteten av landstingen i sina ekonomiska ersättningssystem en rörlig ersättning kopplad till sjukdomsförebyggande arbete. I de flesta fall var ersättningen kopplad till insatser som syftade till förändring av ohälsosamma levnadsvanor (hälsosamtal, rådgivning, kvalificerad rådgivning, rökavvänjning, fysisk aktivitet på recept etc.) hos listade patienter. Nio av landstingen hade en rörlig ersättning kopplad till identifiering av levnadsvanor/ohälsosamma levnadsvanor (för två av landstingen gällde ersättningen i kombination med åtgärd) och tre landsting hade en rörlig ersättning kopplad till resultat som t.ex. rökfrihet efter genomgången avvänjning.

För att skapa ytterligare incitament för sjukdomsförebyggande arbete hade några landsting uppdragsbeskrivningar, uppföljningsindikatorer och ersättningssystem som syftade till att organisera en struktur (kompetens, handlingsplaner, etc.) på vårdenheterna för sjukdomsförebyggande insatser samt för att underlätta implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. För tre av landstingen ingick också i uppdraget att på vårdenheterna tillhandahålla en funktion som hälsokoordinator.

Sammanfattningsvis visade genomgången av regelverken att det för alla landsting fanns sjukdomsförebyggande uppdragsbeskrivningar och att det i majoriteten av landstingen/fanns tydliga intentioner i form av uppföljningsindikatorer och/eller ekonomiska incitament till att implementera och arbeta i enlighet med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE

Avsikten med forskningsstudien andra del "fallstudien" var att med hjälp av kvalitativa och kvantitativa data kartlägga individuella och organisatoriska faktorer som påverkar viljan och möjligheten att arbeta sjukdomsförebyggande enligt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (uppfylla ekonomiska incitament). Fyra landsting – Kalmar, Norrbotten, Uppsala och Västernorrland valdes ut utifrån olikheter i utformningen av ekonomiska ersättningssystem kopplade till sjukdomsförebyggande arbete.

DOKUMENTANALYS

Avsikten med dokumentanalysen var att få fördjupad information om organisationsstruktur/kontext och tidigare erfarenheter av sjukdomsförebyggande arbete i de valda landstingen. Relevanta dokument som identifierades via landstingens webbplatser har analyserats såsom regelverk för Vårdval 2013 och 2014, med tillhörande bilagor, samt organisations-, folkhälso- och handlingsplaner.

Jämfört med den ursprungliga planeringen har betydelsen av dokumentanalysen tonats ner. Detta beror på den upptäckt som gjordes i forskningsstudiens första steg (beskrivning av regelverken för Vårdval). Det visade sig att det fanns flera exempel på att det som stod i dokumenten inte överensstämde med verkligheten. Det var ett uttryck för goda intentioner men som av olika anledningar inte alltid hade realiserats.

Dokumentanalysen har utgjort underlag för den kontextbeskrivning som finns för respektive landsting (sid 11-19).

INTERVJUER

Intervjuer har genomförts med 4-6 personer i vardera landstinget, som i organisationen har strategiskt eller operativt viktiga roller när det gäller hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete, implementering av riktlinjer och/eller utformning av ersättningssystem. Avsikten var att fånga (organisatoriska) faktorer som exempelvis: tidigare erfarenheter av hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete, strategier för implementering av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (från systemomvandling till förändring av personalens beteende), uppföljningssystem, och uppfattningar om betydelsen av ekonomiska incitament för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Olika tyngd har lagts på frågeställningarna beroende på informantens befattning och roll i implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

URVAL OCH PROCEDUR

Telefonkontakt togs hösten 2013 med Folkhälsoenheterna i Kalmar, Norrbotten och Västernorrland för att få förslag på 4-6 lämpliga informanter. Via mail skickades information om forskningsstudiens syfte och design. Samma procedur upprepades för Landstinget i Uppsala Län i februari 2014.

DATAINSAMLING

Sammanlagt genomfördes 20 djupintervjuer under perioden december 2013 - juli 2014. Informanternas befattningar var politiker, primärvårdsdirektör el. liknande, chef för Vårdval och Folkhälsa el. liknande, beställarchef, verksamhetsutvecklare, folkhälsoplanerare/strateg/utvecklare, chefscontroller. Intervjuerna i Kalmar, Norrbotten och Västernorrland genomfördes i respektive landstingshus. Med deltagarna i Uppsala genomfördes telefonintervjuer. Arton av intervjuerna varade 50-75 minuter och spelades in med tillåtelse av informanterna. Två intervjuer varade i 30 minuter och spelades inte in. Som underlag för intervjuerna användes en tematisk frågeguide med öppna frågor.

ANALYS

De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys [12]. För de intervjuer som inte spelades in analyserades stödanteckningarna.

ENKÄTSTUDIER

Två enkätstudier har genomförts i respektive landsting, en riktad till verksamhetschefer på hälsocentraler och en till medarbetare. Avsikten med enkätstudierna var att fånga individuella faktorer (främst attityder/värderingar kopplade till sjukdomsförebyggande arbete och riktlinjer, kompetens, delaktighet) och organisatoriska faktorer (främst ekonomiska ersättningssystem, organisationskultur, stödjande strukturer,) som påverkar viljan och möjligheten att implementera och arbeta enligt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Frågorna i enkäterna var delvis tagna från ett tidigare utvecklat formulär som använts för att studera implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i två andra landsting [13], dels genererade från intervjustudien.

Enkätstudierna genomfördes som en webenkät med två påminnelser, under perioden april-maj 2014.

URVAL OCH PROCEDUR

Deltagarna i enkätstudierna representerar verksamhetschefer, leg läkare, ST-läkare, allmänläkare, läkare med annan specialistkompetens, leg sjuksköterskor, distriktssköterskor och leg sjuksköterskor med annan specialistkompetens. I tre av landstingen ingår även leg sjukgymnaster: Uppsala, Västernorrland och Norrbotten (sjukgymnaster ingår inte i Hälsoval Kalmar.)

I Kalmar och Norrbotten fanns tillgång till sändlistor på verksamhetschefer på landstingsdrivna och privata hälsocentraler. Utskick till verksamhetschefer med informationsbrev och länk till båda enkäterna (även medarbetarenkäten) gjordes av en kontaktperson på Folkhälsoenheten. Påminnelseutskick till verksamhetschefer och medarbetare gick via verksamhetschefernas mailadresser och gjordes av HJ. Från Västernorrland erhöles mailadresser till verksamhetschefer och medarbetare på landstingsdrivna hälsocentraler samt verksamhetschefer på privata hälsocentraler. Utskick och påminnelser till dessa grupper sköttes av HJ. Utskick och påminnelser till medarbetare på privata hälsocentraler gick via verksamhetscheferna.

I Uppsala gjordes en skriftlig begäran om tillstånd att få genomföra enkätstudierna i primärvården. Efter att begäran godkänts av primärvårdsdirektören erhöles mailadresser till verksamhetschefer på landstingsdrivna vårdcentraler. Utskick och påminnelser till medarbetarna gick således via verksamhetscheferna. Mailadresser till privata mottagningar identifierades via mottagningarnas hemsidor. Där det inte fanns uppgifter om mailadress till verksamhetschefen

gjordes utskick och påminnelser till mottagningsadressen med en kort information om studien och en begäran om vidarebefordran till chefer och berörd personal. Sex privata vårdcentraler exkluderades då kontaktinformation saknades på deras hemsidor.

ENKÄTENS INNEHÅLL

Enkätformulären mätte demografiska variabler i form av kön, yrke och huvudman (privat, offentlig). Det fanns tre frågeområden (Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, sjukdomsförebyggande arbete på den egna vård-/hälsocentralen, betydelsen av ekonomiska incitament) med sammanlagt 31 påståenden i chefsenkäten och 37 påståenden i medarbetar-enkäten. Samtliga påståenden redovisas inte i rapporten.

Svarsalternativen var fasta enligt en femgradig Likhertskaala med ett tillägg av ett sjätte svars-alternativ "Vet ej/Ej aktuellt". I anslutning till de tre områdena fanns också möjligheter att skriva egna kommentarer.

ANALYS

Svarsalternativen "Stämmer helt" och "Stämmer ganska" bra slogs ihop till svarsalternativet "Stämmer". Svarsalternativen "Stämmer ganska dåligt" och "Stämmer inte alls" slogs ihop till svarsalternativet "Stämmer ej". Följaktligen ingick fyra svarsalternativ i analysen: "Stämmer", "Stämmer delvis" (att betrakta som ett neutralt mellanalternativ), "Stämmer ej" och "Vet inte/ej aktuellt". AT-läkare, leg läkare, ST-läkare, allmänläkare och specialistläkare övrig slogs ihop till en läkargrupp. Leg sjuksköterska, distriktssköterska och leg sjuksköterska med annan specialist-utbildning slogs ihop till en sköterskegrupp. Dataprogrammet SPSS Statistics användes för beskrivande analyser. Chi-square test användes vid jämförelse av grupper (chefer, medarbetare, yrke (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast). Pga. låg svarsfrekvens har könsskillnader inte analyserats. P-värden mindre än 0,05 ansågs signifikanta. Signifikanta p-värden redovisas i bilaga 1-5.

KONTEXTBESKRIVNING

LANDSTINGET I KALMAR LÄN

I Kalmar län finns 3 sjukhus, 28 landstingsdrivna och 11 privata hälsocentraler (april 2014). Landstinget är medlem i Nationella nätverket hälsofrämjande sjukvård (HFS) och tobaksfritt sedan 2006. Landstinget betonar de förebyggande och hälsofrämjande insatserna och benämner därför sitt vårdvalssystem för Hälsoval. Enheten för Folkhälsa och Hälsoval (tidigare Folkhälsocentrum) stödjer folkhälsoarbetet i länet och implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdoms- förebyggande metoder.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE UPPDRAG

I uppdragsbeskrivningen för Hälsoval framgår att vårdenheten ska präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt och att all hälso- och sjukvårdspersonal aktivt ska arbeta utifrån landstingets folkhälsopolitiska plan. Vårdenheten ska koordinera arbetet kring livsstilsrelaterade sjukdomar. I beskrivningen för 2014 finns ett förtydligande om att arbetet ska ske enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Vårdenheten skulle 2013 tillhandahålla rökslutarstöd, riskbruksbedömning, alkoholrådgivning, råd- givning inom kost och motion samt preventiva åtgärder vid diabetes, astma/KOL, hjärt-kärlsjukdom, depression och besvär från rörelseapparaten I beskrivningen för 2014 har vissa

justeringar gjorts; Vårdenheten ska erbjuda tobaksavvänjningsstöd, rådgivning angående ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol samt preventiva åtgärder vid sjukdoms-/hälsotillstånd där det är relevant. Icke farmakologiska behandlingar, t.ex. motion på recept ska också kunna erbjudas och vårdenheten ska kunna visa på vilken kompetensutveckling medarbetarna fått för att klara uppdraget.

ERSÄTTNINGSMODELL

År 2013 fanns i ersättningsmodellen en fast kvalitet ersättning på 5%, (9,40/kvalitetspoäng) baserad på data från föregående år, där 2 av 9 kvalitetsmål var kopplade till sjukdomsförebyggande arbete (tobaksbruk, FaR):

- Andel patienter (över 18 år) med sökbar journalanteckning om tobaksbruk (behöver ej vara samma år) (antal pat>18 år med tobaksanteckning/antal listade>18 år som besökt enheten under året). Målvärde 75% , delmål 50%
- Andel patienter (över 18 år) som fått FaR under året (antal pat>18år som fått FaR under året/antal listade>18 år som besökt enheten under året). Målvärde 1% , delmål 0,5%.

Vid 100% måluppfyllelse utbetalades hel ersättning och vid uppfyllt delmål halv ersättning.

En fast kvalitet ersättning på 4% finns kvar 2014 (11kr/kvalitetspoäng) men målen kopplade till sjukdomsförebyggande arbete har tagits bort. Dock ska identifikation av tobaksbruk och utskrivning av fysisk aktivitet på recept fortfarande registreras då det är en del av uppdraget.

En fast ersättning (2013: 2%, 2014: 3%) finns kopplad till hälsofrämjande arbete. Denna ersättning utgår till vårdenheter som certifierats som hälsocentraler enligt fastställda kriterier (se rubrik ”Hälsocentralskonceptet”). Förra året var ersättningen 36kr per listad invånare och år och för detta år beräknas ersättningen genom att multiplicera antalet listade med CNI poäng (Care Need Index (socioekonomiskt behovsindex), samt ersättningsbeloppet 60kr per listad och år, då det hälsofrämjande arbetet anses tyngre i socioekonomiskt utsatta områden. Utbetalning sker månadsvis, beräknad i efterskott med 2 månaders fördröjning.

Nytt för 2014 är ett tilläggsuppdrag som ersätts med 30 000 eller 60 000 per år beroende på uppdragets omfattning. Tilläggsuppdraget innefattar ett antal utvecklingsområden som exempelvis implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Redovisning ska ske 2ggr/år.

UPPFÖLJNING

De uppföljningsindikatorer som är (2013 + 2014) kopplade till sjukdomsförebyggande arbete är:

- Andel patienter över 18 år med sökbar journalanteckning om tobaksbruk (behöver inte vara samma år), mål 75% av listade som besökt enheten under året, delmål 50%
- Andel patienter över 18 år som fått FaR under året. Målvärde 1%, delmål 0,5%

HÄLSOCENTRALSKONCEPTET

Hälsocentralskonceptet fanns i projektform redan 2006 där man började på några vårdcentraler och 2008 var större delen av vårdcentralerna med. I och med Vårdvalets genomförande 2010 inkluderades även de privata vårdgivarna. Hälsocentralskonceptet bygger på ett tidigare projekt (Metabolprojektet) där man jobbade med levnadsvanor framför allt kring fetma och blodtryck. Man ville se om det var effektivt att jobba med livsstilsmottagningar för att öka hälsan i befolkningen. När projektet kom till sitt slut ville man tillvarata de positiva erfarenheter som fanns och skapa något mer stadigvarande. Idén föll på hälsocentralskonceptet vilket innebär att vårdcentralerna utifrån fastställda kriterier kan ansöka om att bli certifierade som hälsocentraler och att det finns en ersättning kopplad till detta. De krav förutom grunduppdraget som ska

uppfyllas för att få certifieras som hälsocentral berör fyra områden, - hälsoteamet, arbetet med levnadsvanorna på livsstilmottagningen, samarbetspartners, samt struktur och process. Exempel på krav som måste vara uppfyllda gällande hälsoteamet är att det ska finnas en hälsokoordinator med högskoleutbildning som ger fördjupad kunskap om levnadsvanornas betydelse för hälsan samt utbildning i motiverande samtal. Hälsokoordinatoren ska koordinera arbetet kring livsstilsrelaterade sjukdomar och delta i länsövergripande nätverk. Det måste också finnas en namngiven läkare som deltar i hälsoteamet och i ett länsövergripande nätverk.

Målet med Livsstilmottagningarna är att genom att arbeta i team runt patienterna och i nätverk tillsammans med lokala aktörer, stödja patienter i alla åldrar att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

STATISTIK UPPFÖLJNINGSINDIKATORER

Underlag med säkerställda siffror för uppföljningsindikatorerna tobaksbruk och FaR för 2013 finns inte tillgängliga pga att indikatorerna inte längre är kopplade till kvalitetsersättning.

Av totalt 30 hälsocentraler 2011, nådde 16 st målvärdet 1% när det gäller förskrivning av fysisk aktivitet på recept (antal pat>18år som fått FaR under året/antal listade>18 år som besökt enheten under året) och 7st. nådde delmålet 0.5%. Sju hälsocentraler nådde inte delmålet varav en inte skrev ut några recept på fysisk aktivitet (befriad från uppdraget). Av totalt 36 hälsocentraler 2012, nådde 25 st. målvärdet och 6 st. nådde delmålet. Fem hälsocentraler nådde inte delmålet varav 2 st. inte skrev ut några recept på fysisk aktivitet.

När det gäller anteckning om tobaksbruk 2011, nådde 1 hälsocentral målvärdet och 15 st. nådde delmålet. Fjorton hälsocentraler nådde inte delmålet. År 2012 nådde 9 hälsocentraler målvärdet och 23 st. delmålet. Fem hälsocentraler nådde inte delmålet.

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

I Landstinget i Uppsala län finns två sjukhus, 26 landstingsdrivna- och 22 privata vårdcentraler (april 2014). Den offentliga Primärvården är medlemmar i HFS-nätverket. Folkhälsoenheten finns sedan årsskiftet 2014 inom förvaltningen Hälsa och habilitering med uppdraget att föra in hälsofrämjande och Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för länets samlade primärvård. Till arbetsuppgifterna hör också att ingå i nätverk kring arbete med levnadsvanor och stödja utbildning och informationsarbete runt levnadsvanor. Tidigare tillhörde Folkhälsoenheten den offentliga Primärvården. Under 2011-2013 tillfördes den landstingsdrivna primärvården och den privata primärvården 50 procent vardera hälsoplanerartjänst med uppdrag att införa de nationella riktlinjerna. Sedan riktlinjerna kom har landstinget gemensamt arbetat med att ta fram ett övergripande kunskapsunderlag för levnadsvanor innehållande en gemensam struktur för arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE UPPDRAG

I regelboken för Vårdval Uppsala län (2013 + 2014) framgår att införandet av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder innebär att vårderna i större utsträckning än idag ska erbjuda individuellt anpassad hjälp till beteendeförändring och att hälso- och sjukvården ska ägna mer tid åt samtal enligt en enhetlig praxis. Under 2014 betonas att vårdgivaren ska skapa strukturella förutsättningar för det sjukdomsförebyggande arbetet och i första hand inrikta sig på de riskgrupper/sjukdomsgrupper som lyfts fram i riktlinjerna. Vårdgivaren ska identifiera dessa riskgrupper och initiera hälsoinriktade insatser. Vidare ska vårdgivaren kvalitetssäkra registrering av levnadsvanor i journaler, arbetsrutiner och dokumentation av åtgärder, samt effekter av insatta åtgärder för de fyra levnadsvanorna. Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer är en del i det

arbetet där exempelvis fysisk aktivitet på recept och screening vad gäller riskbruk av alkohol och tobak är viktiga hälsoinriktade insatser. Vårdgivaren ska också samarbeta med landstingets friskvårdslotsfunktion i samband med förskrivning av FaR och ansvara för samordning och utveckling av hälsoinriktade insatser nära integrerat med övrig verksamhetsutveckling.

I en bilaga (2013 och 2014) angående husläkares basåtagande framgår att husläkaren ska bedriva individinriktat förebyggande arbete, uppmärksamma patienters missbruk och stödja och behandla patienter med missbruksproblem samt medverka i av huvudmannen beslutade preventionsprogram.

ERSÄTTNINGSMODELL

I ersättningsmodellen finns en målrelaterad ersättning som utgör 5% av det faktiska belopp som utbetalas i kapiteringsersättning månadsvis. Om målen inte är uppfyllda vid den årliga bedömningen görs ett procentuellt avdrag på den målrelaterade ersättningen (med ett undantag där avdrag görs med ett fast belopp). Det finns sammanlagt 10 kvalitetsmål som ska redovisas 2014 (2013: 9 kvalitetsmål) varav 4 är kopplade till hälsoinriktat arbete (Tabell 1). För hälsoinriktat arbete 2014 gäller för respektive kvalitetsmått att avdrag görs med 10% av ersättningen om antal patienter som redovisas är noll.

UPPFÖLJNING

Hälsoinriktat arbete är ett av 9 områden som ska ingå i en årlig verksamhetsberättelse. Det som ska rapporteras för det hälsoinriktade arbetet är detsamma 2013 och 2014:

- En beskrivning av hur arbetet sker för tidig upptäckt av psykisk ohälsa
- En beskrivning av det systematiska arbetssättet med rökstopp inför planerade operationer.
- Kommentarer kring utfallet av de fyra mått med målrelaterad ersättning som finns kopplat till hälsoinriktat arbete (tabell 1).

Tabell 1. Kvalitetsmått Hälsoinriktat arbete

Mått som ska redovisas	Rapportering	Avdrag
Patienter som fått:	Antal patienter som registrerats med:	
Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk	KVÅ-kod DV113	10%
Rådgivande samtal om riskbruk av alkohol	KVÅ-kod DV122	10%
Rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet med tillägg FaR	KVÅ-kod DV132 + DV200	10%
Kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor	KVÅ-kod DV143	10%

STATISTIK UPPFÖLJNINGSSINDIKATORER

Följande statistikuppgifter från Uppsala gäller endast den landstingsdrivna primärvården (utgör ca 60% av primärvården). Över tid har den målrelaterade ersättningen inom området varierat varvid det har varit svårt att få tillgång till en obruten tidsserie för hela år med samma typ av data.

Tobaksbrukande patienter som fick motiverande samtal ökade från 24% 2011, till 27% 2012.

I tabellen nedan redovisas antalet patienter som registrerades med KVÅ-koder år 2013 och under perioden januari-april 2014. Uppgifter från januari-april 2014 är ett internt uppföljningsmaterial

som inte rapporterats. Totalt registrerades 6694 st. KVÅ-koder för hälsoinriktat arbete 2013. Under perioden januari-april 2014 har totalt 2836 koder registrerats vilket indikerar en ökning under 2014. Antalet koder som registrerats under denna period på respektive hälsocentral varierar mellan 1 och 376.

Tabell 2. Antal patienter med registrerade KVÅ-koder hälsoåtgärd

Mått som ska redovisas	Rapportering Antal patienter 2013	Rapportering Antal patienter Jan-apr 2014
Patienter som fått:		
Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV113)	564	262
Rådgivande samtal om riskbruk av alkohol (KVÅ-kod DV122)	94	27
Rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV132)	2182	946
med tillägg FaR (KVÅ-kod DV200)	222	92
Kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor (KVÅ-kod DV143)	3632	1509

VÄSTERNORRLANDS LÄNS LANDSTING

Västernorrlands län har 3 sjukhus, 21 landstingsdrivna och 12 privata hälsocentraler. Landstinget är med i nätverket HFS och har som mål att erbjuda alla medborgare hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Visionen är att år 2020 ska Landstinget Västernorrland tillsammans med kommunerna ha vänt utvecklingen så att västernorrlänningarnas levnadsvanor är mer livsbejakande istället för livshotande. En långsiktig plan för 2011-2020 för ett "Friskare Västernorrland" har tagits fram. Som ett led i det långsiktiga arbetet med att minska insjuknandet i diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar erbjuds 40, 50 och 60 åringar gratis hälsoundersökningar och hälsosamtal.

Folkhälsocentrum är landstingets resurs för att utveckla folkhälsoarbetet i länet och stödja implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE UPPDRAG

Hälsocentralerna ska medverka i befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser utifrån landstingets folkhälsopolicy och folkhälsoprogram. Insatserna ska genomföras i överensstämmelse med åtagandet inom det nationella nätverket för hälsofrämjande sjukvård (HFS). Åtagandet innebär att erbjuda hälsosamtal riktade till aktuella grupper.

För listade invånare ska man bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Riktlinjer för tobak, alkohol, övervikt, fysisk aktivitet, stressrelaterade problem samt skador pga olycksfall skulle följas 2013. För detta år (2014) anges att Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och personalhandledning för Levnadsvaneanteckningen ska tillämpas. Kompetens ska finnas för motiverande samtal, tobaksslutarstöd, alkoholförebyggande arbete, fysisk aktivitet på recept (FaR), samt arbete för viktminskning.

ERSÄTTNINGSMODELL

En prestationsbaserad ersättning på 19% utgår 2014 för besök hos vårdgivare med behandlingsansvar samt för åtgärder inom folkhälsa enligt incitamentmodell, för resultat och effekter av förebyggande insatser i primärvården (2013: 17,5%). I ersättningsmodellen finns också en mål-baserad ersättning på 1% men den är inte kopplad till folkhälsa.

Den prestationsbaserade ersättningen för folkhälsa utgår från levnadsvanor där ”Identifikation, Åtgärd och Resultat” registreras (levnadsvaneanteckning). Områden som ger ersättning (2013+ 2014) är tobak, alkohol, fysisk aktivitet och övervikt/fetma (tabell 3). Ersättning för identifikation erhålls en gång per område, individ och år, maximerat till 40% av antalet listade på respektive hälsocentral.

Hälsoundersökningar riktade till 40, 50, och 60 åringar ersätts med 1000 kr/undersökning, (2013: 700kr)

Tabell 3. Prestationsbaserad ersättning (kr) för folkhälsoinsatser

Prestation/Levnadsvanor	Tobak	Alkohol	Bristande Fysisk aktivitet	Övervikt/ fetma	TOTALT
Identifikation	25,5	25,5	25,5	25,5	102,00
Åtgärd	446,20	446,20	446,20	446,20	1784,80
Resultat	2549,68	2549,68	2549,68	2549,68	10 198,74

UPPFÖLJNING

Uppföljningsindikatorerna för hälsocentralernas arbete är uppdelade på 3 områden: processperspektiv, medborgarperspektiv och hälsoinriktad vård. Uppföljningsindikatorerna tillhörande hälsoinriktad vård presenteras i tabell 4. Målet enligt beställningen är att 40% av alla listade 13 år och äldre skall tillfrågas årligen om sina levnadsvanor (identifikation), 90% av de som identifierats med en ogynnsam levnadsvana skall få hjälp (åtgärd) och 50% av de som fått hjälp (åtgärd) skall nå ett positivt resultat.

Tabell 4. Uppföljningsindikatorer kopplade till hälsoinriktad vård

Aktivitet	Hur	Målvärde
Hälsoundersökning inkl. hälsosamtal	Antal genomförda hälsoundersökningar + samtal 40, 40, 60 åringar/antal listade i aktuell ålder	60%
Identifiering - Alkohol - Fysisk aktivitet - Tobak - Övervikt/fetma	*Antal patienter (13 år och äldre) som under innevarande kalenderår tillfrågats om sina levnadsvanor/listade.	40%
Åtgärd-Rådgivande samtal om alkoholvanor	*Antal patienter/identifierade med risk som erhållit rådgivande samtal om alkoholvanor.	90%
Åtgärd-Rådgivande samtal om Fysisk aktivitet samt utfärdande av recept på fysisk aktivitet	*Antal patienter/identifierade med behov som erhållit rådgivande samtal om fysisk aktivitet	90%
Åtgärd-Kvalificerat rådgivande samtal om Tobaksbruk	*Antal patienter/identifierade användare av tobak som erhållit kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk.	90%
Åtgärd-Kvalificerat rådgivande samtal om Matvanor	*Antal patienter/identifierade med övervikt/fetma som erhållit kvalificerat rådgivande samtal om matvanor.	90%

Resultat-Alkohol	Antal patienter/identifierade med risk som minskat sin alkoholkonsumtion till ej längre riskbruk.	50%
Resultat-Fysisk aktivitet	*Antal patienter/identifierade med behov av ökad fysisk aktivitet som i 6-min. gångtest ökat sin gångsträcka med minst 10%	50%
Resultat-Tobak	*Antal patienter/identifierade tobaksanvändare som slutat röka/snusa	50%
Resultat-BMI	*Antal patienter/identifierade med högt BMI som minskat sitt bukmått med minst 5%	50%

*Uppdelat på kvinnor och män

STATISTIK UPPFÖLJNINGSSINDIKATORER

I tabell 5 redovisas resultatet för uppföljningsindikatorerna identifiering av levnadsvanor och åtgärder i form av rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal när det gäller perioden januari-mars 2013 och 2014. Resultatet visar en ökning 2014 när det gäller hur många procent av de som identifierats med ohälsosam levnadsvana som erhållit rådgivande/kvalificerat rådgivande samtal. Det är stor variation mellan hälsocentralerna i antalet åtgärder/identifierad risk (behov).

Tabell 5. Resultat uppföljningsindikatorer hälsoinriktad vård

Aktivitet	Hur	Rapportering Jan-mars 2013	Rapportering Jan-mars 2014
		%	%
Identifiering	*Antal patienter (13 år och äldre) som under innevarande kalenderår tillfrågats om sina levnadsvanor/listade		
Alkohol		7	8
Fysisk aktivitet		7	8
Tobak		7	9
Övervikt/fetma		6	7
Åtgärd-Rådgivande samtal om alkoholvanor	*Antal patienter/identifierade med risk som erhållit rådgivande samtal om alkoholvanor.	41	50
Åtgärd-Rådgivande samtal om Fysisk aktivitet samt utfärdande av recept på fysisk aktivitet	*Antal patienter/identifierade med behov som erhållit rådgivande samtal om fysisk aktivitet.	7	17
Åtgärd-Kvalificerat rådgivande samtal om Tobaksbruk	*Antal patienter/identifierade användare av tobak som erhållit kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk.	34	43
Åtgärd-Kvalificerat rådgivande samtal om Matvanor	*Antal patienter/identifierade med övervikt/fetma som erhållit kvalificerat rådgivande samtal om matvanor.	36	41

NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Norrbottens län har 5 sjukhus och 33 hälsocentraler inom Vårdval, varav 2 privata. Från och med år 2011 är Norrbottens läns landsting som helhet medlem i nätverket HFS. Folkhälsocentrum som startades formellt 2012 har ett övergripande ansvar för landstingets gemensamma folkhälsoarbete. Viktiga uppgifter är att bidra till att förverkliga länets folkhälsopolitiska strategi och utveckla hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Fr.o.m.

2014 utgör Folkhälsocentrum en del av Utvecklingsenheten för att skapa bättre organisatoriska förutsättningar till att koppla ihop folkhälsa med forskning, utveckling och förbättringsarbete.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE UPPDRAG

I Vårdval Norrbotten utgör förebyggande arbete en del av basuppdraget. Primärvården ska aktivt bidra till att förverkliga länets folkhälsopolitiska strategi med målet att Norrbottens vuxna ska ha Sveriges bästa självskattade hälsa 2020. I uppdraget ingår bl.a. individprevention, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och samverkan med andra samhällsaktörer. Hälsosamtal riktade till 30-åringar genomfördes som nytt befolkningsinriktat uppdrag 2013 och har 2014 förstärkts genom att alla hälsocentraler ska kunna erbjuda hälsosamtal till de som under året fyller 30, 40, 50 eller 60 år.

ERSÄTTNINGSMODELL

I ersättningsmodellen finns en fast och en rörlig prestationsersättning kopplad till sjukdomsförebyggande arbete. Den fasta ersättningen består av den strukturersättning som genomfördes 2012 och som förlängts att gälla även 2013 och 2014. Syftet med strukturersättningen var att skapa ett incitament för att organisera en struktur/funktion på hälsocentralerna för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och underlätta implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Det betonas att det är angeläget att alla hälsocentraler har en fungerande handlingsplan som grund för ett långsiktigt arbete med levnadsvanor. Kriterierna för vad handlingsplanen ska innehålla har varierat något över åren. En ersättning på 15kr per listad individ betalades ut, (dock lägst 100 tkr per hälsocentral). Totalt finns 4,2 mkr att fördela. Förra året (2013) fick hälsocentralerna ersättning om de kunde visa att de anpassat sitt arbetssätt enligt 2012 års handlingsplan. De skulle också utarbeta en plan för det fortsatta året med en särskild beskrivning av hur arbetet med kost och alkohol skulle stärkas. För detta arbete skulle minst en riskgrupp per levnadsvana väljas. För 2014 avgörs ersättningen för respektive hälsocentral av resultaten för riskbedömning och åtgärder vid konstaterad risk för specificerade diagnosgrupper, se indikator 1a, 1b, 2a, 2b i tabell 6. Hälsocentralen får ersättning i förhållande till antal patienter med de specificerade diagnoserna som besökt hälsocentralen under 2014, under förutsättning att det finns en godkänd handlingsplan samt att de uppnår angivna målnivåer. Strukturersättningen betalas ut i slutet av året

Den rörliga ersättningen (2013 och 2014) gäller inom områdena tobak och fysisk aktivitet. Inget ekonomiskt tak tillämpas.

- För dokumenterad identifikation och åtgärd (kvalificerad rådgivning) avseende tobaksbruk som utförs av diplomerad tobaksavvänjare utgår en ersättning om 750 kr per individ
- För dokumenterad identifikation och åtgärd inom området fysisk aktivitet som är rådgivande samtal med tillägg (FaR-recept/stegräknare/motsvarande) och med särskild uppföljning utgår en ersättning om 750 kr per individ (250 kr för receptförskrivning och 500kr för uppföljning).

Genomförda hälsosamtal för listade som under året fyller 30, 40, 50 eller 60 år ersätts med 725 kr per samtal (2013: 600kr). Besöken är avgiftsfria.

UPPFÖLJNING

De uppföljningsindikatorer som 2013 var kopplade till sjukdomsförebyggande arbete var:

- Andel listade som fått FaR recept inkl. rådgivning
- Andel listade som fått dokumenterad uppföljning av FaR-recept
- Andel listade som fått journalförd åtgärd riktad mot alkohol

- Andel listade som fått kvalificerat rådgivande samtal om tobak
- Andel listade som fått journalförd åtgärd riktad mot matvanor
- Andel listade 80 år som erbjudits hembesök för hälsosamtal
- Andel listade som under året fyller 30 som genomfört hälsosamtal
- Andel gravida som varit på hälsosamtal
- Andel gravida som röker/snuser i graviditetsvecka 32
- Andel 4 åringar med övervikt och fetma

De uppföljningsindikatorer som 2014 är kopplade till ”Hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser” är totalt 12 st. En indikator är kopplad till säsongsinfluensa, 3 st. till mödrahälsovård och 3 st. till barnhälsovård. Övriga 5 indikatorer finns beskrivna i tabell 6. Indikatorerna 1a, 1b, 2a och 2b utgör grund för strukturersättning.

Tabell 6. Uppföljningsindikatorer kopplade till hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser, 2014

Indikator		Målvärde
1a) Riskbedömning avseende levnadsvanor vid diabetes, hypertoni och övervikt	Andel av patienter med besök gällande diagnoserna diabetes, hypertoni och övervikt som har journalförd riskbedömning inom levnadsvaneområdet alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobaksbruk	35%
1b) Åtgärd vid identifierad risk avseende levnadsvaneområdet vid diabetes, hypertoni och övervikt	Andel patienter med riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och daglig rökning som fått journalförd åtgärd enligt Nationella riktlinjer	31%
2a) Riskbedömning avseende levnadsvanor vid depression, ångest och sömnstörning	Andel patienter med besök gällande diagnoserna depression, ångest och sömnstörning som har journalförd riskbedömning inom levnadsvaneområdet alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobaksbruk	35%
2b) Åtgärd vid identifierad risk avseende levnadsvaneområdet vid depression, ångest och sömnstörning	Andel patienter med riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och daglig rökning som fått journalförd åtgärd enligt Nationella riktlinjer	31%
3) Hälsosamtal 30, 40, 50 och 60-åringar	Andel listade personer i respektive åldersgrupp som genomfört hälsosamtal	–

STATISTIK UPPFÖLJNINGSSINDIKATORER

Statistik för den prestationsbaserade indikatorn FaR visar på en kraftig ökning mellan 2011 och 2012, från 1400 till 7359 förskrivningar. Mellan 2012 och 2013 låg förskrivningarna av FaR kvar på en hög nivå men sjönk något, till 6041. (Ersättningen för FaR är sedan 2013 uppdelad på förskrivning och uppföljning av recept). Antalet uppföljningar var 2013, 1820 st., vilket motsvarar 30% av förskrivningarna.

Antalet kvalificerade tobaksavvänjningar som registrerades 2012 var 839 st. Majoriteten av hälso-centralerna registrerade färre än 20, medan den som låg i toppen redovisade 136 st. År 2013 fick 782 individer kvalificerad rökavvänjning vilket visar på en liten nedgång jämfört med året innan. Samma hälso-central som året innan redovisade flest rökavvänjningar.

Antalet genomförda åtgärder mot riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor följs sedan 2013. Data visar att 1017 individer fick journalförd åtgärd riktad mot alkoholvanor medan 4695 fick riktade åtgärder mot ohälsosamma matvanor. Det är stor variation mellan hälso-centralerna.

DATA FRÅN NATIONELL PATIENTENKÄT 2011 & 2013

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Mätningar görs under hösten, vartannat år inom primärvården och vartannat år inom specialiserad vård. Den första undersökningen inom primärvården genomfördes 2009.

En av frågorna i enkäten(C 15a-d) lyder; Har läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat a) matvanor, b)motionsvanor, c)tobaksvanor, d)alkoholvanor med dig? Svartalternativen är ”Ja”, ”Ja, vid detta besök”, Ja, under det senaste halvåret ” och ”Nej”. I tabell 7 redovisas resultatet på denna fråga för primärvården, från undersökningarna 2011 och 2013. Svartsfrekvensen som redovisas i tabellen är en sammanslagning av svartalternativen ”Ja, vid detta tillfälle” och ”Ja, under det senaste halvåret”.

Frågan om någon ur personalen diskuterat levnadsvanor vid besöket säger ingenting om detta skett enligt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder men jämförelsen av svar mellan 2011 och 2013 års undersökningar kan ändå betraktas som en indikator på om ”någonting händer” i verksamheterna när det gäller arbetet med levnadsvanor.

Resultatet visar att för hela riket har det skett en ökning med 1-2% beroende på levnadsvana mellan 2011 och 2013. I samtliga landsting 2013 var diskussion om motionsvanor vanligast förekommande, följt av tobaksvanor, matvanor och alkoholvanor (i två av landstingen var diskussion om tobaks- och alkoholvanor lika vanligt förekommande).

Av tabellen framgår att av de i fallstudien ingående landstingen, visar Kalmar och Västernorrland på en procentuellt större förändring mellan 2011 och 2013. Det är 3-7 % fler (beroende på levnadsvana) som 2013 rapporterat att någon ur personalen diskuterat levnadsvanor. I Uppsala märks i princip ingen förändring men det bör noteras att man ändå ligger över riksgenomsnittet på samtliga levnadsvanor. I Norrbotten rapporterar 2% fler att personalen diskuterat alkoholvanor, i övrigt 0-1% förändring. Norrbotten ligger 3-4% under riksgenomsnittet på samtliga levnadsvanor.

Sett ur ett nationellt perspektiv har den största positiva förändringen skett i Jönköping (5% - 7% beroende på levnadsvana).

Tabell 7. Nationella patientenkäten, Fråga C.15 Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen a) mat-, b) motions-, c) tobak-, d) alkoholvänor med dig? (% Ja, vid detta besök + Ja, under det senaste halvåret)

	Matvanor (%) 2011/2013	Motionsvanor (%) 2011/2013	Tobaksvanor (%) 2011/2013	Alkoholvanor (%) 2011/2013
Riket	24/25	34/35	26/27	18/20
Blekinge	23/24	33/33	24/26	15/17
Dalarna	25/23	37/36	30/30	21/22
Gotland	20/24	32/36	23/29	13/17
Gävleborg	23/24	32/35	30/28	18/18
Halland	25/24	35/35	24/24	17/18
Jämtland	25/23	34/34	26/26	18/21
Jönköping	23/29	34/39	25/30	17/24
Kalmar	21/25	33/36	24/30	16/23
Kronoberg	23/25	32/36	23/26	15/19
Norrbottn	21/21	31/32	22/23	14/16
Skåne	24/24	34/33	27/26	17/18
Stockholm	27/29	36/39	26/29	20/24
Sörmland	25/28	36/38	30/31	23/23
Uppsala	27/27	37/38	28/28	24/24
Värmland	23/22	31/32	28/27	17/17
Västerbotten	23/20	33/31	23/20	16/14
Västernorrland	22/25	33/36	25/30	17/23
Västmanland	24/23	32/32	24/25	18/18
Västra Götaland	23/24	33/35	25/26	17/19
Örebro	22/22	31/32	23/25	16/18
Östergötland	22/21	31/31	25/23	17/17

Ljus överstrykning = ökning 3-4%, mörk överstrykning = ökning $\geq 5\%$

RESULTAT

INTERVJUER

Resultatet av intervjuerna med personer som i organisationen har strategiskt eller operativt viktiga roller när det gäller sjukdomsförebyggande arbete, implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och utformning av ekonomiska incitament presenteras under tre tematiska områden:

- Uppfattningar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- Implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- Styrning med ekonomiska incitament

Respektive område är indelat i ett antal kategorier och resultatet presenteras som korta sammanfattningar exemplifierade med citat från informanterna. För att säkerställa konfidentialiteten och öka läsbarheten har vissa citat genomgått en lätt revidering. Det kommer inte att framgå vilken befattning informanterna har och vilket landsting de representerar om det inte för sammanhanget bedöms ha någon betydelse.

I fortsättningen används hälsocentral som en gemensam benämning för hälsocentral/vårdcentral/läkarmottagning/husläkarmottagning, etc.

UPPFATTNINGAR OM NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER

GER MER TYNGD ÅT DET SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETET

Det fanns en överensstämmelse bland informanterna att Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger tyngd åt det sjukdomsförebyggande arbetet. De av informanterna som arbetar med att stödja det sjukdomsförebyggande arbetet i praktiken menade att riktlinjerna är ett viktigt stöd att ha i ryggen då metoderna är evidensbaserade. Riktlinjerna har också bidragit till att det sjukdomsförebyggande arbetet fått ett tydligare fokus i landstingsorganisationen, det har blivit en fråga som diskuteras.

Ska man förändra någonting inom hälso- och sjukvården ska man ha ordentligt på fötterna. Hade inte kunnat genomföra, fått genomslag utan riktlinjerna. Stark vind i ryggen och kanske avgörande för att vi kan jobba med det här. Att det finns evidens.

Har gett legitimitet att vi har dem att peka på ... , starkt stöd för arbetet idag. Jätteviktigt att slippa åltande om att det är viktigt. I förhållande till de personerna som tycker att man inte ska ägna sig åt förebyggande så är det väldigt bra därför att det är ju ett enormt starkt stöd.

Det absolut viktigaste som jag känner är att det är ett väldigt bra stöd att ha i ryggen. Att det här inte är någonting som några folkhälsoivrare tycker är viktigt utan det här är faktiskt socialstyrelsen som säger att "För att kunna ge våra patienter en god vård så ska vi även ta hänsyn till patienters levnadsvanor". Och sen kom de kanske ganska väl i tid ... det var lätt att sälja in det hos politiker, och våra tjänstemän förstod att om socialstyrelsen ska följa upp det här så är det ju viktigt att det ingår i våra styrdokument.

... ska det ligga till grund för öppna jämförelser så får det ett helt annat fokus i landstinget, att man faktiskt ska jobba med det här.

DET SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETET HAR TYDLIGGJORTS

Att jobba med sjukdomsförebyggande arbete ansågs vara en viktig uppgift för primärvården. Flera av informanterna påpekade att primärvården alltid jobbat med levnadsvanor på ett eller annat sätt, att levnadsvanorna funnits med i samtalen med patienterna redan innan riktlinjerna kom. Det riktlinjerna bidrog med var ett förtydligande om vilka levnadsvanor det handlade om och ett mer strukturerat sätt att arbeta på.

Hade redan jobbat med rådgivande samtal, speciellt när det gäller tobak. Man hade redan rökavvänjare på de flesta hälsocentraler. Men när riktlinjerna kom blev det ett mer strukturerat sätt att jobba på.

EN BEKRÄFTELSE PÅ ATT VARA PÅ RÄTT VÄG

En annan uppfattning om riktlinjerna var att de gav mer en bekräftelse på att att man i landstingen (primärvården) redan var på rätt väg, snarare än tillförde någonting nytt. Riktlinjerna innebar att man stärkt kunde fortsätta det arbete man redan påbörjat.

Vi har ju inte ändrat oss jättemycket, lite mer kött på benen egentligen, att vi var på väg åt rätt håll redan från början. Man har de här riktlinjerna att vifta med i alla fall och ... det blir ju mer tyngd i det, tycker jag.

Det där var väl vad vi redan visste och tyckte ... jag kände att det mesta stämmer med vad vi tänker och gör. Vi var redan igång...det blev mer en bekräftelse på det vi gjort än att de tillför något nytt.

FÖRVIRRANDE MED TRE NIVÅER

Några informanter diskuterade de tre nivåerna i riktlinjerna och att det var svårt att förstå skillnaden på två av dessa. En uppfattning var också att det är lite "fyrkantigt" att dela in nivåerna i minuter, att det ska vara en definition av arbetet. Någonting som man inte tycker stämmer överens med praktiken.

Riktlinjerna gav stöd åt det vi hade lagt fram samtidigt som vi blev väldigt förvirrade över de olika nivåerna

... hur man än vrider och vänder på det här, ... så är det jättesvårt att se skillnad på annat än två nivåer. För två nivåer hade jag gärna köpt, ... ett kvalificerat rådgivande samtal och ett enkelt samtal. Det tror jag inte hade varit några problem alls men att man lagt en nivå emellan gör ju att det blir väldigt komplicerat. ...

EN AV MÅNGA ANDRA VIKTIGA RIKTLINJER

Ett problem som lyftes om riktlinjer generellt är att alla är viktiga men att det inte finns tillräckligt med resurser att "klara ut dem" till 100%. Det innebär att när det lanseras nya riktlinjer blir det en utmaning för landstingen och verksamheterna.

Det blir utmaningar i verksamheten när riktlinjerna kommer ... jag tror att det finns inget landsting som kan säga att "Vi klarar det här". Därför att det blir väldigt höga krav om man lägger ihop de här pusselbitarna ...

När en ny riktlinje kommer tenderar den också att bli det viktigaste av allt. Och allt som är viktigt måste följas upp. Kraven på registrering ökar därmed, tid tas ifrån vårdarbetet vilket skapar problem.

... det har ju kommit några riktlinjer och alla är viktiga och alla ska följas upp och alla ska därför registreras på ett visst sätt. ... det är mycket, mycket mer sådant som ska göras som inte är vårdinriktat och det skapar ett problem...

När resurserna är begränsade blir det konkurrens mellan olika riktlinjer och uppdrag. Prioriteringar måste göras i verksamheten. Finns det ekonomiska incitament kopplade till uppdragen så prioriteras det som är mest lönsamt.

... det [sjukdomsförebyggande arbetet] blir inte så prioriterat tyvärr. ... de måste ha en högre tillgänglighet i telefonrådgivningen ... och så prioriterar de ner vårt arbete [sjukdomsförebyggande arbete] för att tillgängligheten ger mer.

IMPLEMENTERING AV NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER

I **Kalmar** har det sjukdomsförebyggande arbetet varit på agendan i många år. I den frågan anses landstinget vara politiskt stabilt då man är (ganska) överens om att det är ett viktigt arbete.

När de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lanserades bildade Beställaren en arbetsgrupp där Folkhälsa var med i dialogerna kring hur beställningen skulle se ut gällande levnadsvanor. Eftersom man var väl förberedd i primärvården var det inte så mycket som behövde justeras eller ”tryckas” på. Strukturerna för sjukdomsförebyggande arbete i form av livsstilsmottagningar, motivation och utbildning fanns redan. Man ville dock säkerställa att vårdvalsmodellen stämde väl överens med riktlinjerna, vilket den gjorde.

Vi gjorde en bedömning att ... många av strukturerna fanns redan på plats i vårt län. Vi hade livsstilsmottagningar med utbildade hälsokoordinatorer och tobaksavvänjare, så att vi har dem som kan ge det kvalificerade stödet för patienterna. Så att vår utmaning är istället att involvera även den slutna vården, att i högre grad få dem att hänvisa ut till primärvården där de här funktionerna finns.

... ja, det blev inte så jättemycket vi behövde justera eller trycka på. Vi informerade om att det här [riktlinjerna] har kommit, men också att som vi jobbar så ... definitivt följer vi i alla fall kraven som finns.

Det som behövde göras i Kalmar var att utveckla dokumentationsstödet och fundera på vilka mål och mått som skulle användas för uppföljning och om eventuell ersättning skulle kopplas till målen. I landstingets ledningsgrupp tog man beslutet att för närvarande prioritera framförallt tobak och fysisk aktivitet. Även om man i verksamheterna ska jobba med alla fyra levnadsvanor är det tobak och fysisk aktivitet som kommer att mätas och följas upp. Utifrån riktlinjerna bedöms det fortfarande lite osäkert kring vad som krävs för att kunna ge ett kvalificerat rådgivande samtal om matvanor. När det gäller alkohol har man jobbat i primärvården enligt riskbruksprojektet, så det är ganska etablerat, men bedöms ändå vara det levnadsvaneområde där personalen inte känner sig riktigt bekväm.

Eftersom vi hade kommit långt i det andra [levnadsvanearbetet] så hade vi ju ingen startsträcka i implementeringen av det [riktlinjerna], men då behövde vi ju ta nästa steg ”Ja, vad är det vi ska mäta? Vad är det vi ska redovisa? Vad ska man kräva i vårdvalsersättningen”... om det nu ska finnas en ersättning kopplad till det?

Även i **Uppsala** var man inriktad på hälsoinriktat arbete redan innan riktlinjerna kom. Under de senaste 3-4 åren har man arbetat med att integrera hälsoinriktat arbete i allt annat utvecklingsarbete. Man har en tydlig strategi att jobba nära annan verksamhetsutveckling, kring de flöden som finns. När riktlinjerna kom tydliggjordes det arbetet.

Styrgruppen för hälsoinriktat arbete blev navet för hur riktlinjerna skulle hanteras i Uppsala län. Tillsammans med representanter från verksamheterna tog man fram ett gemensamt landstingsövergripande kunskapsunderlag för levnadsvanorna. I kunskapsunderlaget finns för varje levnadsvana beskrivet vilka frågor som ska ställas, hur åtgärden ska se ut, hur arbetet ska dokumenteras och vilken kompetens som behövs. Kunskapsunderlaget utgör en gemensam utgångspunkt för fortsatt implementering, gemensamma strukturer och dokumentationsrutiner för hela landstinget.

Riktlinjerna bygger i stort på arbetssättet man redan hade med tobak och FaR. När det gäller matvanor har man lagt ned mycket arbete med att tolka innebörden av kvalificerat rådgivande samtal. I nära samarbete med dietister har man gjort en ”djupdykning” i metoder och utvecklat åtgärdsidan.

Alkohol beskrevs som ett område man i primärvården var duktigare på för några år sedan i samband med riskbruksprojektet. Ett område där man nu måste ta nya tag.

Något år innan riktlinjerna kom fanns på hälsocentralerna en s.k. hälsokoordinator, med uppdraget att vara kontaktperson till hälsoplanerarna. Hälsokoordinatoren som ofta är distrikts-sköterska eller sjukgymnast och har gått uppdragsutbildning (inget krav), fick ett utvidgat uppdrag och en ny funktion på hälsocentralerna. De fick en roll som samordnare för implementering av riktlinjerna och blev därmed en viktig motor för utvecklingen av levnadsvanearbetet på hälsocentralerna. I samarbete med tvärprofessionella grupper har man skapat en struktur för levnadsvanearbetet.

I **Västernorrland** beskrev man det som att man var på gång oberoende av riktlinjerna och att man fortsatte att jobba på när riktlinjerna kom. På politisk- och ledningsnivå har det varit en ambition ända sedan 80-talet att bli bra på folkhälsoarbete. Planen ”Friskare Norrland” som man redan tagit fram var väl synkroniserad med riktlinjerna. Man gjorde bedömningen att man redan kunde mycket ute i verksamheterna, att kompetensen redan fanns. Det som behövde göras var att bestämma vad de olika nivåerna i riktlinjerna skulle innehålla och försäkra sig om att de åtgärder som var kopplade till ekonomisk ersättning motsvarade vad Socialstyrelsen rekommenderar.

Jämfört med övriga landsting har inte **Norrbotten** lika lång erfarenhet av strukturerat sjukdomsförebyggande arbete i primärvården. När preliminära versionen av riktlinjerna kom gjordes en gapanalys. Fysisk aktivitet på recept var redan implementerat i primärvården och tobak hade man också jobbat med ganska länge. Riskbruksprojektet hade startat en process när det gäller alkoholen men projektet var avslutat. Angående matvanor fick man som många andra landsting tolka innebörden av vad det innebär att kvalificera ett rådgivande samtal, vilken kompetens som krävs etc. I Norrbotten har man inte tillräckligt med dietistresurser. Här måste andra professioner nyttjas som exempelvis diabetessköterskor och hälsosamtalsutförare med adekvat utbildning.

När preliminära versionen av riktlinjerna kom startades också projektet ”Livsviktigt” där man utbildade hälsokoordinatorer i två försökskommuner med uppgift att utföra hälsosamtal för 30-åringar och stödja processen på hälsocentralerna, samt ansvara för samarbetet med kommunen. Pilotprojektet innebar att man redan hade ”styrfart” när den reviderade versionen kom.

En handläggningsöverenskommelse har också tagits fram av en expertgrupp om hur man ska arbeta enligt riktlinjerna i Norrbotten. Handlingsöverenskommelsen anger hur man ska arbeta i slutenvården, psykiatri och primärvården och hur riktlinjerna ska implementeras.

Sedan starten 2012 har Folkhälsocentrum haft stort fokus på implementering av målområde 6 ”Hälsofrämjande sjukvård” och riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Beställarenheten har varit drivande och gav i uppdrag att ta fram en dokumentationsstruktur grundad på riktlinjerna. I Norrbotten har man stort fokus på hälsosamtal som infördes i primärvården för 30-åringar 2013 och för 40-, 50-, och 60-åringar i år (2014). Folkhälsocentrum har tillsammans med Beställarenheten tagit ett gemensamt ansvar att införa hälsosamtalen. Man har utformat en kravspecifikation där det också framgår hur stödet till verksamheterna ska se ut.

DET HANDLAR OM ETT PARADIGMSKIFTE

En av informanterna i Norrbotten betonade hur mycket arbete som krävs för att implementera nya riktlinjer/ett nytt arbetssätt. Att implementera riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, att få in det i kulturen, liknades vid ett paradigmskifte. En uppgift som inte kan "fuskas bort". En handlingsöverenskommelse eller ett utskick till verksamheterna med information om riktlinjerna kommer inte i sig att leda till någon förändring. Det handlar om långt och tålmodigt arbete då implementering tar tid och det är många pusselbitar som ska falla på plats. Det är också viktigt att komma ihåg och respektera att förutsättningarna på hälsocentralerna är olika.

En handlingsöverenskommelse innebär inte att saker kommer att ske av sig självt. Det vet vi med säkerhet att det inte kommer att göra. Vi måste ge stöd, fortsätta ge utbildningar, måste fortsätta föra en dialog och ha ett bra samarbete mellan närsjukvård, folkhälsocentrum, informatik och beställarenheten.

Hela paketet är viktigt med ersättningsystem, dokumentation, utbildning, alltihopa.

I beskrivningarna av hur man i respektive landsting arbetat med implementeringen av riktlinjerna diskuterades förutsättningar, strategier, underlättande och hindrande faktorer, samt framgångsfaktorer på olika nivåer i organisationen. Dessa faktorer/strategier finns sammanfattade i tabell 8 under komponenterna implementeringsobjekt, implementeringsaktörer, aktiviteter/ strategier och kontext. Beroende på informanternas befattning och position i landstinget har fokus på och uppfattningar om dessa faktorer/strategier delvis skilt sig åt. Uppfattningar som föregås av ett plus-tecken ska tolkas som faktorer som kan påverka implementeringsprocessen i positiv riktning och de som föregås av ett minustecken i negativ riktning. Nedan beskrivs i löpande text de faktorer/strategier som var mest framträdande under intervjuerna.

KUNSKAP ÄR A OCH O

Kunskap beskrevs som A och O för en framgångsrik implementering. En kunskap som ska genomsyra hela organisationen från högsta ledning och ned till utförarna (vårdpersonal). De som arbetar med att stödja verksamheterna i implementeringsarbetet måste ha kunskap om implementering och den verklighet som vårdenheterna befinner sig i för att kunna erbjuda ett optimalt stöd. De som ska arbeta med levnadsvanearbetet i praktiken måste ha kunskap om riktlinjerna, motiverande samtal, ersättningsystem, dokumentationsrutiner, etc. Med kunskap kommer motivationen som sedan ska omsättas till praktisk handling. Strukturer och rutiner måste skapas för levnadsvanearbetet.

Bästa sättet att implementera nya rutiner och riktlinjer är att man måste få kunskap, utbildning till personalen, lyfta in i det praktiska arbetet, vad har det för betydelse för de här patienterna vi har idag. Man måste på något sätt göra området viktigt så det sätter sig först. Det handlar om att få kunskap, vad handlar det här om, vad säger riktlinjerna, att hitta arbetssätt och rutiner. Måste få utbildning.

En dokumentationsmodell löser ingenting när det gäller det praktiska arbetet, åstadkommer ingen verkstad i verksamheten. Utan det handlar om att få kunskap, vad handlar det här om.

I **Kalmar** ska all vårdpersonal kunna identifiera levnadsvanor medan det är dem som har specialistkompetens (hälsokoordinator, tobaksavvänjare) som ska stödja patienterna till mer hälsosamma levnadsvanor. För hälsokoordinatorn gäller att man ska ha specificerad högskoleutbildning. Alla hälsocentraler har i uppsökande verksamhet fått information om riktlinjerna.

I **Uppsala** har man erbjudit utbildning i motiverande samtal och ökat kompetensen i levnadsvanefrågan (kunskapsspridning om frågor, enkla råd och dokumentation) på alla offentliga vårdcentraler. Man har också haft utbildning/kunskapsspridning på MVC och BVC och för olika

professioner, samt startat en uppdragsutbildning tillsammans med universitetet. Två omgångar har genomförts med sammanlagt 50 deltagare.

I **Västernorrland** har det enligt informanterna satsats mycket på utbildning inom alla områden redan innan riktlinjerna kom. De informanter som arbetar praktiskt med att stödja verksamheterna i det sjukdomsförebyggande arbetet menade att personalen har tillräcklig kompetens att arbeta enligt riktlinjerna, men att personalen själva inte alltid tror sig ha det.

Personalen mer oroad över att de inte har kompetensen, att riktlinjerna kräver någonting utöver det de har kompetens för. Medans vi försöker vända på perspektivet och säga att ni har kompetensen, det är bara att ni ska göra lite mer av det som ni kanske idag inte har så mycket utrymme att göra. ... vi har diplomerade tobaksavvänjare, det finns ju sjukgymnaster när det gäller fysisk aktivitet, det är ju samma med dietister och kost.

De av vårdpersonalen som är involverade i hälsoundersökningar till riktade åldersgrupper har inte fått någon specifik utbildning (de flesta har utbildning i motiverande samtal) men har framfört önskemål om detta, så en grundutbildning är under utveckling.

År 2012, erbjöds en s.k breddutbildning för vårdpersonalen där man pratade om riktlinjerna och motiverande samtal. Framför allt var det distriktssköterskor och sjukgymnaster som deltog i utbildningen.

Även i **Norrbotten** har man genomfört flera olika typer av utbildningsinsatser gällande riktlinjerna, dokumentationsförfarande, etc. För att stötta de som ska arbeta som hälsosamtalsutförare, (ca 90 st.) har Folkhälsocentrum lagt upp en utbildning utifrån en kravspecifikation. Kraven är: personal med intresse för området, utbildning i motiverande samtal och en 3-dagars utbildning om riktlinjerna, levnadsvanorna, stress, ömn, våld i nära relation och sexuell hälsa. "Gamla" hälsosamtalsutförare har varit med på utbildningen av nya för att dela med sig av sina erfarenheter. På så sätt har man fått positiv draghjälp.

METODER FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETE – EN FRAMGÅNGSAKTOR

Att ha kunskap om och erfarenheter av metoder för förbättringsarbete beskrevs av informanterna i Uppsala och Västernorrland som en framgångsfaktor för implementering av nya arbetssätt.

År 2012 genomfördes i Västernorrland första omgången av det man kallar för "Hälsohoppet". Hälsohoppet har upplägget av förbättringsarbete (PDSA) och syftar till att stödja verksamheterna i sjukdomsförebyggande metoder. Första omgången fokuserade på identifikation av levnadsvanor. De hälsocentraler som deltog fick göra kartläggningar på den egna hälsocentralen och fundera på hur man jobbar med levnadsvanorna och sedan utveckla arbetet under året de deltog. Tanken med förbättringsarbetet är att initiativet ska komma från den egna verksamheten, att strukturer och rutiner för levnadsvanearbetet ska anpassas efter de förutsättningar som råder på den egna hälsocentralen. Erfarenheterna från den första omgången var att vissa lyckades bra, andra mindre bra. En förklaring till framgång tillskrevs att man har stöd från sin ledning. Av 20 hälsocentraler som startade, avslutade 10. Nu genomförs en ny omgång av Hälsohoppet som specifikt ska handla om åtgärd och resultat; Hur ska man göra för att det ska fungera?

Väldigt mkt upp till respektive hälsocentral att bestämma hur man vill göra det här... de har ju svaren själva egentligen vad som passar bäst hos dem... vad man har för åldersgrupper, vad man har för patientgrupper ... alltså man måste ju anpassa rutinerna utifrån den verklighet man befinner sig i.

När andra omgången startade såg man att det hänt mycket när det gäller användandet av levnadsvaneanteckningen. Att identifiera levnadsvanor har man mer eller mindre hittat bra former för. Nu är frågan hur man ska göra för att åtgärderna ska bli så bra att det går att mäta ett resultat. I andra omgången har man infört obligatoriskt handledning.

Trots att mycket hänt när det gäller levnadsvaneanteckningen finns det fortfarande hälsocentraler som ligger efter. Tänkbar förklaring är att alla hälsocentraler inte har samma förutsättningar och att man nog inte velat eller orkat skapa rutiner för levnadsvanearbetet. En tanke hos berörda informanter är att man borde "uppvakta" de som vill men kanske inte orkar. De hälsocentraler som deltagit i Hälsohoppet har kommit längre i utvecklingen av levnadsvanearbetet än de som inte deltagit.

Om vi ska fortsätta jobba enligt hälsoboppsmodellen eller ha förbättringsarbete kontinuerligt då kanske när vi har rivit av de som vill och orkar, då kanske man ska börja uppvakta de här som kanske vill men inte orkar. De är ju de som ligger längst ner i tabellen när det gäller levnadsvaneanteckning och hälsoundersökning. Det är ju oftast samma hälsocentraler och de behöver någonting mer för att orka.

Det finns ett område i länet... som står för en jättestor andel utav åtgärder och resultat men de står inte för den största andelen underlag ... de har samarbetat med varandra, bytt idéer. Jag tror att det har funnits personer som har blivit utsedda därför att de har kunnat tillföra mycket teoretiskt, alltså hittat ett sätt att redovisa, hittat ett sätt att följa upp på vårdcentralsnivå. De har fått lite tid att jobba med det och så har man spridit och delat erfarenheterna med de andra och så har man försökt jobba gemensamt om det. Så på något vis är det väl så att de som har fått upp det på daglig styrningsnivå eller veckostyrningsnivå... får ordning på det. För då ser man vad som inte funkar och försöker hitta lösningar. ... jag tror att det är så att man ser att man behöver göra någonting ... alltså att man har tanken och erfarenheten av att göra förbättringsarbete.

PROTESTERNA SOM KOM GÄLLDE FRAMFÖR ALLT REGISTRERINGEN

I samtliga landsting har protesterna som kom angående Nationella riktlinjer för sjukdoms förebyggande metoder till stor del handlat om dokumentation/registrering. Protesterna har handlat både om att det ska registreras, vad som ska registreras och hur det ska registreras. Det är krångligt och tidsödande.

Protesten som kom gällde dokumentationen. Så jobba med levnadsvanor det tror jag alla är med på, det man vände sig mot var att det skulle dokumenteras så detaljrikt.

Det motstånd som har varit är ju hur man ska registrera och att det är en extra knapptryckning, att man tycker det är krångligt och onödigt och sådär.

Det är den omfattande dokumentationen som är ett problem kring riktlinjerna. ...

Finns bromsklossar mot dokumentation, att den är så detaljrik, att man inte vet vilka konsekvenser det får att det står om alkohol och tobak i journalerna. Handlar både om tid och etik.

Det framfördes åsikter om att uppföljning är nödvändigt, men att landstingen kanske inte okritiskt återkommande kan införa nya krav på registrering, utan bör fundera på alternativa uppföljningar som kan utföras på ett smidigt men ändå effektivt sätt. En av informanterna uttryckte det som att de rådgivande samtalen genomförs måste vara viktigare än att sätta rätt åtgärdskod. Men då är frågan hur uppföljningen ska göras, speciellt om ekonomiska incitament är kopplade till levnadsvanearbetet? Ledningen ansågs ha ett ansvar i att gallra i kraven på registrering. En informant menade att ordet registrering borde vara förbjudet att använda. Istället borde man prata om dokumentation i samband med vårdprocessen.

Bra att följa upp men kraven måste ses över på vad som ska registreras och prioriteras

Viktigt att prata om dokumentation och inte registrering. Dokumentation som hör ihop med vårdprocessen och som inte ligger på sidan om journalsystemet. Måste få ihop det med patientens tillstånd.

I **Kalmar** används journalsystemet Cosmic. I Cosmic är sökorden gemensamma för alla mottagningsanteckningar i hela landstinget. Sökorden för levnadsvanor är uppbyggda utifrån riktlinjerna och tanken är att dokumentationen ska ligga samlad under medicinska patientdata.

När journalen öppnas ska dokumentationen ligga lättåtkomligt, dvs. oavsett vem som har skrivit anteckningen så kommer tobaksvanor, matvanor, fysisk aktivitet och alkoholvanor att komma in så att alla kan se det. För de som jobbar som hälsokoordinatorer och tobaksavvänjare och ger kvalificerad rådgivning har man tagit fram en egen mall i Cosmic, där man kan se utveckling över tid. I Kalmar har man lagt ned mycket arbete på att få ut rapporter med tillförlitliga data. Vid tidpunkten för intervjuerna fanns det fortfarande problem. Anledningen tros handla såväl om tekniken som att få alla att registrera på rätt sätt så att det blir tillförlitligt.

I **Uppsala** har man tagit fram ett nytt dokumentationssystem som ska inbegripa hela landstinget. Man såg ett behov av att börja dokumentera på liknande sätt och det fanns en efterfrågan att slippa leta efter dokumentation, att inte behöva fråga om levnadsvanor om någon annan redan gjort det. Det nya sättet att dokumentera ger möjligheter att se över vårdgivargränser/förvaltningsgränser och möjligheter att följa upp och få ut data bättre än innan.

Tidigare har man i primärvården dokumenterat screeningfrågor om levnadsvanor i kronologisk journal under sökord med fasta svarsalternativ och med möjlighet till att komplettera med fritext. Detta har bytts ut och ersatts med journaltabell som fylls i med fasta värden. För att komma till journaltabell måste man klicka sig ur den kronologiska journalen. Informanterna förklarade att det nya sättet att dokumentera inte riktigt satt sig. Det upplevs som ett nytt moment av personalen och som att man kanske inte riktigt ser fördelarna med journaltabellen. Det tekniska fungerar men det är lång väg att gå för att få all personal att dokumentera på det nya sättet. Sjukdomsförebyggande åtgärder dokumenterades tidigare enbart i fritext. De nya åtgärdskoderna har införts och uppföljning visar att de tillämpas i viss utsträckning. Här finns risk för dubbel-dokumentation men det upplevs enklare att kommunicera fördelarna med åtgärds-koder jämfört med journaltabell.

Många tycker det är svårt att dokumentera i journaltabellen men det handlar också om att man måste fråga på ett precist sätt så svarsalternativen passar.

Det här med KVH-koder är ju också en resa. Den etiska delen av diskussionen hade vi för några år sedan när det var tydliga krav på att ställa frågor om levnadsvanor till alla patienter på vårdcentralerna och politiken följde upp det. Nu är det mer allmänt att det ska dokumenteras mycket, tar tid från patienterna att ställa krångliga levnadsvane-frågor och dokumentera på precist sätt.

I **Västernorrland** har alla yrkesgrupper sin egen journal där man har fått önska sina egna termer. Lösningen blev därför att göra en särskild gemensam anteckningstyp - "Levnadsvane-anteckningen". Om man har organiserat en sökmall och kopplat den till sökknappen ska man genom ett klick få upp alla levnadsvaneanteckningar som finns på patienten. En handledning för levnadsvaneanteckningen har tagits fram

I **Norrbotten** har man dokumenterat levnadsvanearbetet på ett enhetligt och uppföljningsbart sätt sedan början av 2012. Tanken är att dokumentationen ska vara integrerad i vanliga journalföringen som en del av vårdprocessen. Det ska vara enkelt, då syftet är att oftare än hittills komma ihåg att fråga om levnadsvanor, när man t.ex. kommer på vanligt läkarbesök. För de som arbetar med rådgivning finns en fördjupad nivå i den s.k levnadsvanejournalen (en annan, särskild del av journalen) som är mer detaljerad. Varje hälsocentral har behörighet och möjlighet att ta ut egna data. Man får också månatliga rapporter på vissa indikatorer och det finns möjligheter att göra en beställning om det är något särskilt man vill följa upp.

ÅTERKOPPLING PÅ ENHETSNIVÅ GER FORTSATT "VERKSTAD"

Uppföljning av- och återkoppling på hur man arbetar på den egna hälsocentralen ansågs vara en framgångsfaktor för levnadsvanearbetet. Att få svart på vitt hur det ser ut och vad man kan förbättra beskrevs av en av informanterna som kanske det absolut viktigaste för att få "fortsatt

verkstad”. Som personal blir man delaktig. I återföringen av resultat kan man också lyfta fram goda exempel från andra enheter.

... det blir väldigt påtagligt när man bryter ner det till enhetsnivå. Hur ser det ut? Vad kan förbättras. Kanske det absolut viktigaste för att få fortsatt verkstad, och där har vi ett jättebra system och kan få ut statistik. Man blir delaktig, det här är vår enhet, det här är våra patienter, så här ser det ut, vad kan vi förbättra.

Tror mkt på det här med att återföra resultat, så här ser det ut och diskutera kring det. Varför ser det ut så här? Kan använda de hälsocentraler som hunnit långt som goda exempel. Till slut kanske de som är sena följer med.

Ja, verksamheterna vill ju gärna veta "Hur många patienter hade vi under förra året och hur gick det för dem?", för att kunna stärka sin egen kvalitet ...

Uppföljningen bör inte bara innehålla kvantitativa frågeställningar baserade på statistikuppgifter utan också kvalitativa sådana grundade på avtal och uppdragsbeskrivningar. I Kalmar började man 2013 att besöka hälsocentralerna för att diskutera och följa upp hur man under året arbetat med hälsocentralsmodellarbetet. Fr.o.m. 2014 kommer denna uppföljning att ingå i den ordinarie revisionen. I Uppsala efterfrågades en mer aktiv uppföljning från beställarens sida. Detta för att visa på att det som står i regelboken är viktigt och för att skapa en dialog och större förståelse mellan beställare och utförare.

Det är två stycken som är med i den här revisionen. ... de har med sig ett underlag, sen har de en diskussion utefter det, där det finns både fasta frågor med kvantitativa frågeställningar som "Era recept har minskat eller ökat, varför", osv. Och så finns det kvalitativa frågeställningar som "Hur samverkar ni med lokala aktörer"? Och det har varit väldigt bra ... De [hälsocentralerna] har ju också frågat en massa frågor "Hur skulle vi kunna göra med det här?" och sen fått en hel del tips också då. (Kalmar)

... nu åker ut vi ut till respektive hälsocentral och tittar på vad de åstadkommer utifrån avtal och ersättningssystem. Tanken är att de ska fundera lite grann över förbättringsområden och när vi kommer ut har vi en dialog med dem och så får de presentera en handlingsplan. (Västernorrland)

... Ledningskontoret borde göra revision, ha dialog med ett antal enheter så man känner att det här är inte bara något som står i regelboken utan man tycker det är viktigt. Behövs en mer aktiv uppföljning. Skulle skapa större förståelse mellan parterna. Beställare och utförare måste förstå varandras verkligheter, behövs mer dialog. (Uppsala)

VIKTIGT ATT FÅ LÄKARNA "MED PÅ TÅGET"

Det fanns en överensstämmelse bland informanterna att läkarna var/är en lite mer svårpåverkbar grupp jämfört med andra professioner, när det gäller arbetet med att främja levnadsvanor hos patienterna. Detta uttrycktes av informanterna som att det fanns en viss skepsis, tveksamhet och bristande entusiasm hos vissa inom läkargruppen. Flera förklaringar till vad motståndet kan bero på diskuterades, som exempelvis ifrågasättande av evidensen, krav på registrering, bristande resurser, att man tar resurser från arbetet med sjuka och att det inte är kostnadseffektivt. En annan förklaring var att det har med makt och inflytande att göra; Att läkargruppen varit van att styra mycket själva, men har tappat en del av "egenmakten" sedan Vårdval infördes. Ytterligare förklaringar som diskuterades var att levnadsvanearbetet kräver andra verktyg än läkemedelsföreskrivningar och sjukskrivningar och att man kanske upplever bristande kompetens i samtalsmetodik. Att få läkarna "med på tåget" med hjälp av andra drivande läkare som ser att det här arbetet är viktigt och kan påverka sina kollegor ansågs vara en framgångsfaktor. En strategi som nämndes var att använda sig av läkare som åker ut för att träffa andra läkare på hälsocentralerna.

Får man med sig läkarna i detta så är hälften vunnet... Och har man inte dem med sig så blir inget gjort.

Har också med makt och inflytande att göra, nu har man mindre av den varan sen vårdval infördes. Någon annan [Beställarenheten] kommer och säger att det här är viktigt.

... bra strategi att det är en läkare som är med och åker ut och pratar med läkare som kanske då är den grupp som är svårast att nå.

STYRNING MED EKONOMISKA INCITAMENT

Styrning med ekonomiska incitament är en av flera strategier för att försöka styra hälso- och sjukvårdens aktörer mot ett önskat beteende. I tabell 9 sammanfattas informanternas uppfattningar om- och erfarenheter av ekonomiska incitament kopplat till implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (främjande av goda levnadsvanor hos patienterna). Uppfattningar/erfarenheter som föregås av ett plustecken ska tolkas som positiva och de som föregås av ett minustecken som negativa.

En av informanterna påpekade att ekonomiska incitament kan se olika ut. Ersättningssystemet till hälsocentralerna är en del, men det är också viktigt att avsätta medel nationellt eller centralt till själva implementeringsprocessen i landstingen. Det är också en typ av ekonomiskt incitament för att få saker att hända.

ETT SÄTT ATT SYNLIHGÖRA

En positiv faktor som lyftes fram med ekonomiska incitament kopplat till sjukdomsförebyggande arbete oberoende av motivet och val av modell är att arbetet synliggörs i organisationen då man tvingas följa upp det ”uppifrån”.

MAN MÅSTE VETA VAD MAN VILL UPPNÅ

Om man vill införa ekonomiska incitament menade informanterna att det gäller att noga tänka sig för. Man måste redan från första början veta vad man vill uppnå och ha en långsiktig plan. Inte minst måste man fundera över vilka indikatorer som ska följas upp (mål och mått) och på vilket sätt detta ska ske. Uppdraget och ersättningsmodellen måste gå hand i hand. Det ska inte vara ett sätt för verksamheterna att tjäna lätta pengar utan i slutändan är det patienterna som ska tjäna på det.

Man måste vara väldigt tydlig vad är det som är målet. ... Så för mig känns det väldigt viktigt att det som man efterfrågar verkligen tjänar ett syfte, att patienten är den som tjänar på det. Att det inte är verksamheterna som ska hitta lätta sätt att tjäna pengar.

Man ser hur mycket pengarna styr och därför ska vi verkligen vara varsamma, jag menar vi styr dem med modellerna vi bygger upp och då är det där vi ”dikterar” vad vi vill ha, vilket arbetssätt vi vill ha och då får man tänka till tre gånger.

En fråga man också måste ställa sig är i vilken utsträckning det är nödvändigt och önskvärt att styra med pengar jämfört med att styra med andra medel som exempelvis kunskap. Det handlar om att skapa rätt slags motivation och förståelse till varför en viss arbetsuppgift är viktig. Ett motiv som nämndes till att koppla ekonomiska incitament till sjukdomsförebyggande arbete är att det är nödvändigt att styra med pengar så länge hälso- och sjukvården har knappa resurser. Om detta inte görs så kommer det sjukdomsförebyggande arbetet att bortprioriteras. Andra motiv som framfördes vara att stimulera, motivera och inspirera till ett förändrat arbetssätt, att ersätta utfört arbete samt belöna de som jobbar med förebyggande frågor.

Informanterna hade olika åsikter om betydelsen av ekonomiska incitament för att åstadkomma ett förändrat arbetssätt. De motargument som framfördes var att det som ersätts hamnar i fokus och tenderar därmed att bli det viktigaste av allt och tränger undan andra arbetsuppgifter som

inte är prissatta. Ett annat argument var att ett förändrat arbetssätt som åstadkommit mha ekonomiska incitament går tillbaka till "ursprungsläget" när ersättningen dras in.

Om man ska prata ekonomiska incitament så tror jag man ska tänka kortsiktigt, alltså om det är någonting man vill stimulera på kort sikt och få igång så ja, kanske. ... Vill man sätta igång en innovation i någonting så kanske man kan dra igång det på det sättet. Men om man vill att det ska vara bestående så tror jag att man istället ska främja arbetssättet och processen och en del i arbetet som är mer långvarigt.

Tror det behövs en rörlig ersättning... det vore ju det optimala om man hittade andra medel som fick igång ... men jag tänker att riskerna är ju nästan att man tappar bort det när man inte får ersättning för det... Samtidigt hoppas man nästan att om man får igång ett bra arbetssätt som blir naturligt så kan det fortsätta även om ersättningen upphör

ETT ERSÄTTNINGSSYSTEM KAN INTE STÅ PÅ EGNA BEN

En viktig synpunkt som informanterna hade om ekonomiska incitaments betydelse för att åstadkomma ett förändrat arbetssätt är att pengar i sig inte automatiskt innebär att man blir duktigare på att göra det som man har svårt att göra. Det handlar om många pusselbitar som ska falla på plats, var och en lika viktiga. Det kan t.ex. handla om stöd, handledning, utbildning och ett fungerande dokumentationsstöd. Det är också viktigt att komma ihåg att förändring tar tid, och att man måste respektera processen som pågår ute i verksamheterna. Det handlar om respekt gentemot dem som ska utföra arbetet.

Måste hålla en trovärdighet och respekt gentemot dem som utför arbetet. Man kan inte bara sätta en peng på saker och tro att det händer något därute och tro att det blir hög kvalitet. Utan man måste respektera processen.

Det är ju inte bara systemet. Det handlar ju väldigt mycket om personerna som jobbar med det och vad det finns för engagemang.

Kan inte bara ha ekonomiska incitament utan måste också möta upp med utbildning så man får en chans att jobba med frågan

DET FINNS ALLTID EN BAKSIDA MED EKONOMISKA INCITAMENT

Olika ersättningsmodellers för och nackdelar diskuterades. Framförallt diskuterades risker med rörlig ersättning kopplad till resultat som t.ex. rökfrihet. Förutom risk för manipulation/fusk nämndes risk för att åtgärderna i högre utsträckning skulle erbjudas patienter där man tror sig ha större chans att nå resultat. En typ av risk som nämndes med rörlig ersättning generellt, var risk för polarisering mellan de hälsocentraler som redan har bättre förutsättningar och därmed kan tjäna mer pengar, och de som har sämre förutsättningar.

Vad är det vi ska ersätta, är det dem som vi lyckas få att sluta röka... Men om jag bara ersätter dem som lyckas sluta så kanske jag får fel patienter, att det skulle missgynna dem som jobbar i socioekonomiskt utsatta områden. Att är man arbetslös, ensamstående med en massa sociala problem så har den personen kanske svårare att sluta röka än en högt utbildad som egentligen bara väntade på att få en klapp på axeln. Man kanske behöver jobba på ett annat sätt med de här patienterna.

Förutsättningarna är ju olika. Kommunerna har olika förutsättningar, olika bördor, olika utmaningar, fullt upp med att hålla näsan ovanför vattenytan och då måste vi respektera det. Sätter man då för mkt incitament [rörlig ersättning] så kan det bli ökad polarisering. Då kan man ställa sig frågan om det blir hälsofrämjande verksamhet på lika villkor för hela befolkningen om man ger mer pengar till dem som redan har kanske bättre förutsättningar. Jag vill ifrågasätta det...

VAL AV ERSÄTTNINGSSYSTEM

Kalmar

Kalmar har lång erfarenhet av ekonomiska incitament. När det gäller incitament kopplat till sjukdomsförebyggande arbete vill man inte ha ett system med ”pinnar” utan istället stimulera ett arbetssätt (processen) som ska utgöra en del av helheten på enheten. Det ska finnas ett innehåll. Till att börja med användes måttet ”hälsokoordinatorsbesök”, dvs. hur många av patienterna som var inskrivna hos en hälsokoordinator och hade kommit på det antal besök man skulle komma på ett år. Men måttet upplevdes problematiskt då det var svårt att veta om patienterna kom för att de fortfarande behövde det eller om det var för att hälsocentralen skulle få ersättning. Nu utgår en fast ersättning (2013: 2%, 2014: 3%) till de vårdenheter som certifierats som hälsocentraler enligt fastställda kriterier. Ersättningen betalas ut månadsvis. Tanken med certifiering när det infördes var att det skulle vara attraktivt att bli en hälsocentral, att det skulle bygga på frivillighet, och att man skulle skapa en struktur för det sjukdomsförebyggande arbetet. Att enheterna ”tvingas” ha en struktur för sjukdomsförebyggande arbete beskrevs som en framgångsfaktor.

Möjligheter att manipulera systemet bedömdes som små. Man kan inte ansöka om man inte har enheten med sig. Det krävs bl. a. en namngiven läkare på hälsocentralen, en tobaksterapeut och en hälsokoordinator med högskoleutbildning (15hp). Genom de regelbundna nätverksträffar som hälsokoordinatorerna förbinder sig att gå på och genom dialoger med enheterna är det lätt att fånga upp om någon enhet inte uppfyller kraven och då dras ersättningen in.

I Kalmar var man också tidigt ute med att införa kvalitet ersättning. Inom det sjukdomsförebyggande området ersattes 2013 registrering av tobaksbruk och förskrivning av FaR (för detaljer kring ersättningen, se sid 12). Från verksamheterna riktades kritik mot kvalitetsersättningen då man ansåg att det inte fanns någon kvalitet bakom. Man såg inte nyttan med att rutinmässigt fråga alla patienter om tobaksvanor och kraven på dokumentation ökade. Att förskriva FaR utan att ha någon uppföljning kändes inte heller meningsfullt. Glädjen och motivationen att jobba med levnadsvanor minskade.

... det kom mycket utifrån att man var skarpt kritisk till registreringsersättning av tobak och FaR. ... "registreringen kan se annorlunda ut och därför skiftar det i ersättning", det var ju den diskussionen i början. Men sedan mycket att det inte fanns någon egentligen kvalitet bakom fast det var en kvalitetsbarometer, att det inte stod för deras arbete mer än registrering. "Ja, det står för att jag ställer frågan om du röker, -Ja eller nej? Men sen om jag inte gör något mer då får jag fortfarande samma ersättning som om jag sätter in en tobaksavvänjare, följer upp och så vidare. "Är det verkligen rätt?" Så det var skarp kritik kring den redovisningen.

... man får motion på recept och recept kan man ju skriva bejvilt om man vill. Men om man aldrig frågar efter hur patienten har motionerat... om man inte har en uppföljning ... så är det ju faktiskt ganska så meningslöst.

Ja, man tänker att de [vårdpersonalen] har jobbat med levnadsvanorna tidigare för att det har varit någon som har varit intresserad, som tycker det är viktigt. Men sen kommer pengarna "Nu måste ni göra det här", och då börjar man fråga alla om tobak på nästan ett rutinmässigt sätt. Och då faller ju hela syftet ...

När uppföljningen gjordes i landstinget upptäckte man också att det var fler förskrivningar av FaR än det fanns dokumenterad risk. Man misstänkte att det på vissa håll förskrevs FaR som ett sätt att tjäna pengar. Vidare upptäckte man att de variabler som ersattes blev jätteviktiga och prioriterade i jämförelse med alkohol och kost som inte mättes och ersattes. Ett beslut togs att inför 2014 ta bort kvalitet ersättningen riktad till tobaksbruk och FaR. Däremot kommer man att fortsätta att mäta och följa upp indikatorerna.

Vi satt och diskuterade just det här att det känns viktigare att man har en motivation att jobba med det här än att vi ska styra med pengar för att det ska bli verklighet. Vi har tagit del av forskning som sa att när man ersätter för någonting så kommer aktiviteten att stiga men när man tar bort ersättningen så kommer man att få en lägre aktivitet än utgångsläget. Så det bollar vi ju med nu, att vi kommer ju säkert att se att man inte förskriver FaR t.ex. i samma utsträckning. Men vi vill ju heller inte det här, som vi kunde se tendenser och

som man börde ifrån andra landsting också, att man har en "FARS dag" när alla patienter får fysisk aktivitet på recept och så har man klarat sitt mål. Så behöver man inte jobba med det resten av året. Då kände vi att då tjänar inte det syftet som vi vill ...

När kvalitetsersättningen togs bort valde man istället att koppla pengarna till socioekonomisk fördelning (CNI) och uppföljning, s.k. revision av hälsocentralsmodellarbetet.

Tanken med att fördela pengar utifrån socioekonomisk fördelning är att stimulera de hälsocentraler som har ett upptagningsområde med högre grad av ohälsa och därmed ett sämre utgångsläge. På så sätt kan man på hälsocentralerna utifrån de behov som finns, göra riktade insatser till grupper med stora behov, och som kanske också är svårare att nå fram till.

När man insåg att kvalitetsersättningen inte fungerade som det var tänkt ville man gå tillbaka till ursprungstanken "processmått" för hälsocentralskonceptet; Finns konceptet? Finns helheten? Utförs det beställda uppdraget på ett korrekt sätt? En revisionsmall har utarbetats för utvärderingen. Första omgången genomfördes hösten 2013 där två personer, varav en distriktsläkare besökte samtliga hälsocentraler. En dialog fördes om arbetssättet, ev. svårigheter, ev. önskemål om stöd från Folkhälsoenheten, etc. I de fall man upptäcker brister på något område är tanken att verksamheterna får skriva en handlingsplan om hur dessa brister ska åtgärdas.

En tanke finns att i framtiden låta enheterna sätta upp egna kvalitetsmål för det sjukdomsförebyggande arbetet utifrån de behov som finns i upptagningsområdet och om revisionen visar att man arbetat enligt planen ska en ersättning betalas ut.

Uppsala

I Uppsala var man tidig med ersättning på det sjukdomsförebyggande området. När formuleringen av målrelaterad åtgärd gjordes och man gick ifrån de gamla målen hade Folkhälsoenheten en dialog med Beställaren. Beslutet som togs var att verksamheterna skulle följas på "åtgärd". Beställaren ville starta med lågt ställda krav för att samtliga enheter, såväl privata som offentliga, skulle få tid att skapa ett nytt arbetssätt där man KVÅ-kodar enligt riktlinjerna. Första året (2012) räckte det att registrera 0 på respektive KVÅ-kod (kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk, rådgivande samtal om riskbruk av alkohol, rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet med tillägg FaR och kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor). Dvs.. för att få behålla den kvalitativa ersättningen (del av kapiteringen som betalats ut i förskott) behövdes ingen rådgivning ha genomförts. Det räckte med att registrera 0 på samtliga åtgärder. Förra året 2013 skärptes målen till att en rådgivning per levnadsvana skulle ha genomförts och registrerats. Ingen förändring har skett av den målrelaterade ersättningen 2014 men kraven kommer sannolikt att öka 2015.

Fördelen som diskuterades med denna typ av målrelaterad ersättning är att enheterna vet hur mycket pengar man har att röra sig med och kan se pengarna som en resurs för levnadsvanearbetet. Ersättningen kan också utgöra ett kraftigt incitament om kraven skärps.

Det som är positivt med den här typen av målrelaterad ersättning är att vi får en summa pengar som de vet att de har att arbeta med, dvs man kan se pengarna som en resurs för att också utföra åtgärderna. Vet vilket utrymme som finns, de här resurserna kan vi avsätta, pengarna kan öronmärkas, för det är ju det som politikerna vill.

Nackdelen med ersättningsmodellen som nivån är satt nu är att den inte stimulerar till ökat antal åtgärder. Styrningen att jobba hälsoinriktat sker huvudsakligen via grunduppdraget. Nackdelen med ersättningsmodellen generellt är att ev. beslut om återbetalning kommer som en eftersläpning en bit in på nya året (april) vilket kan bli väldigt kännbart för primärvården.

Västernorrland

Pengar kopplade till folkhälsoarbete i primärvården i Västernorrland har funnits sen slutet av 80-talet. Några år in på 2000-talet var man med i ett SKL projekt kring incitament kring folkhälsa. Tillsammans med några andra landsting tog man fram en modell som blev klar alldeles innan vårdvalet. Modellen introducerades i april 2010. Man hade pengarna men behövde hitta ett annat sätt att fördela dem. Man visste också att riktlinjeområdena fanns och valde att ersätta identifikation, åtgärd och resultat när det gäller alkohol, fysisk aktivitet, tobak och övervikt/fetma (matvanor). Syftet med ersättningsmodellen var att stimulera ett förändrat arbetssätt där det sjukdomsförebyggande arbetet skulle få större utrymme.

Vi ville stimulera ett förändrat arbetssätt där det sjukdomsförebyggande arbetet måste få större utrymme i vårdarbetet. Ville ha ersättningssystem riktat till levnadsvanor.

På paperet hade man ersättning för resultat från start men släppte det för två områden 2011 och alla områden 2012.

Ekonomerna bidrog till ett genomtänkt sätt att prissätta de olika nivåerna i ersättningssystemet. Tanken är att nivå två (åtgärder) ska vara värd 20 gånger mer än nivå ett, dvs. identifikation av levnadsvanor, och ett uppnått resultat ska vara värt 100 gånger mer (1:20:100).

Gränsvärden för vad som anses vara ett resultat (se sid 15) är satta som rimligt kliniskt relevanta efter sökande i litteratur och kontakt med experter. Man ville också ha samma tidsperiod för när uppföljning ska göras. Spannet för uppföljning är satt till mellan 6 och 12 månader.

De erfarenheter man har av ersättningssystemet hittills är att de privata mottagningarna är snabbare på att se var pengarna finns. Förklaringar till det är bl.a. att personalgrupperna inte är jämförbara, då man i högre omfattning har fast anställda läkare på de privata mottagningarna men också att man har ett annorlunda sätt att se på möjligheter och är snabbare på att "ställa om".

De privata är bättre på att se var pengarna finns. När vi ändrar system är de alltid snabbt att se var pengarna finns nästan

Även om det funnits/finns en frustration över att "allt handlar om pengar" bedöms incitamentmodellen haft stort inflytande på primärvårdens sätt att jobba sista åren. Man tillfrågar fler patienter om deras levnadsvanor och man har kommit igång med journalföring av den rådgivning man ger. Även om pengarna driver på bedöms ersättningsmodellen positiv på sikt.

Penga jakten har väl ibland blivit väl stor kring det men... på köpet ha vi fått att man jobbar mycket mer medvetet med att fråga. Och att fråga, att identifiera, att höra om det är något problem är ju ändå grundförutsättningen för att sen vidta någon åtgärd

Det har varit jättesvårt att få igång någonting men nu sista året frågar man jättemycket, man tar upp det här och även om det är pengarna som driver på... så tror jag att de insett att själva effekten av att det har kommit igång, att man frågar, är positiv på sikt

Det som jag tycker är intressant ... är att man i början var väldigt frustrerad över att det handlar om att jaga pinnar. Det handlar bara om pengar och chefen vill få in ersättning medans man under resans gång på något vis har vänt det till att ja men det blir ju faktiskt en nytta för patienterna att vi gör det.

När det gäller risk för manipulation av ersättningssystemet diskuterades två saker; Det går att tjäna pengar relativt enkelt om man låter patienterna fylla i en enkät om sina levnadsvanor i väntrummet och sedan låta en sekreterare registrera svaren i journalen utan att levnadsvanorna diskuteras med patienten eller att denne om behov föreligger erbjuds någon åtgärd. Det andra som diskuterades var att vissa chefer och personal ifrågasätter att ha ersättning kopplad till resultat då det finns risk för fusk. Känslan hos informanterna är dock tvärtom, att personalen är mycket seriösa och noggranna när det gäller att följa upp resultat.

Teoretiskt finns möjligheter att fuska med resultatet. Patienten kan säga att han/hon inte röker fast det inte är sant. Man kan dra åt måttbandet olika hårt. Känslan är att systemet inte manipuleras för att tjäna pengar när det gäller resultatdelen, att personalen är mer kritisk än okritisk, noggranna och seriösa.

Gångtestet (6 min.) som används som uppföljning av fysisk aktivitet är den metod som de flesta av personalen har problem med. Enligt informanterna upplevs testet av vissa som besvärligt att genomföra och inte tillräckligt seriöst. Det passar inte heller alla patientgrupper. Att många upplever gångtestet som besvärligt att genomföra har inneburit att procentuellt färre erbjuds en åtgärd av de som är fysiskt inaktiva jämfört med de som identifierats med högt BMI.

Tittar man på motionsdelen så är det väldigt få som får en åtgärd medan BMI-delen så är det jättemånga av de som har en ogynnsam levnadsvana som får en åtgärd ... det är ju definitivt så att det är 6-minuters gångtestet som avgör ... att man tycker det är besvärligt.

Informanterna var överens om att i framtiden behöver pengarna omfördelas i modellen men hade olika uppfattningar om hur. Alternativ som diskuterades gällande identifikation av levnadsvanor var att ha kvar ersättningen, ha kvar den men sänka ersättningen samt att ta bort den. Man hade också olika åsikter om åtgärd ska ersättas eller inte. Det man var överens om var att ett resultat borde belönas ännu högre då det är resultatet man vill åt.

Under nästa mandatperiod har man som ambition att plocka bort ersättning för identifikation och lägga mer på åtgärd och ännu mer på resultat ...

Jag tillhör ju de som argumenterar för att vi ska flytta pengar i systemet, att åtgärden ska vara mindre värd eller ingenting alls. Men resultatet kanske ska vara värt $\times 1000$. Så om vi har kvar 25 kr per identifikation så kanske det skulle vara värt 25 000 att få ett resultat eller i alla fall 12 000 därför att det är ju resultatet vi vill åt. Vi måste inspirera att fråga många så jag tror pengarna behövs i identifikationsdelen och vi måste få väldigt många fler resultat om vi ska se effekt på befolkningsnivån. ... jag tror att man skulle anstränga sig mer med åtgärderna om man visste att resultatet var värt så mycket ...

Norrbotten

Informanterna i Norrbotten menade att eftersom de inte var först ut med ersättningssystem så kunde de titta på hur andra landsting gjort och var det slagit snett om man valt en viss väg. De ville inte ha fokus bara på att identifiera och mäta och få effekter där man gör saker bara för att få pengar, utan ville få igång ett fungerande arbetssätt. De utgick ifrån kunskap om implementering och i en samdiskussion föll valet på att 2012 införa en strukturerad ersättning kopplad till en handlingsplan för sjukdomsförebyggande arbete. En av informanterna betonade att man inte får vara för snabb med att räkna pinnar och söka resultat innan man har gett arbetssätten en chans att sätta sig i verksamheten. Om man gör det kan det störa den pågående processen.

Ville inte ha fokus bara på att identifiera och mäta utan ville stimulera en process. Hur kan vi stimulera en process på hälsocentralen? Utgick ifrån kunskap om implementering och olika faktorer man måste tänka på. Det är inte bara att köra på. Ett helt nytt sätt att jobba på. Fick argumentera hårt men beställaren gick med på det. Landade i det här med handlingsplan.

Jag har varit ganska delaktig i diskussionerna att styra bort från att ha prestationsersättning ... till att på något sätt premiera att man jobbar igenom sitt sätt att arbeta med de här frågorna på den egna hälsocentralen ... Det som har drivit mig i argumentationen är att man måste komma ihåg att implementering är en process som tar tid. Och att börja mäta enskilda saker innan man har fått tänka igenom "Vad är det här? Vad handlar det här om? Hur gör vi det här på vår vårdcentral? Vilka kompetenser har vi? Vem kan ta hand om olika problem som dyker upp, ...det kan störa processen.

Avsikten med handlingsplanen var att skapa en struktur för hälsofrämjande arbete på hälsocentralerna och underlätta implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tanken var att handlingsplanen skulle processas fram och inte vara ett resultat av en mans arbete (chefens). Första året (2012) fick hälsocentralerna förutsättningar och incitament för att se över samt utveckla struktur och arbetssätt för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Andra året gjordes en uppföljning av handlingsplanen 2012 och en ny plan för det fortsatta arbetet 2013. Då man sett att verksamheterna framför allt strukturerat arbetet kring levnadsvanorna fysisk aktivitet och tobak skulle en beskrivning göras av hur arbetet med kost och alkohol skulle förbättras och hälsocentralens satsningar stärkas. För detta arbete skulle minst en riskgrupp per levnadsvana utifrån Socialstyrelsens definition väljas, där arbetet särskilt skulle fokuseras. För 2014 har inriktningen mot arbete med riskgrupper ytterligare förstärkts. Inriktningen är att genomföra åtgärder vid konstaterad risk.

Ersättningen är indelad i två delar, en grundnivå på 10kr per listad och en tilläggsnivå på 5kr per listad. För en godkänd handlingsplan utgår således en maximal ersättning på 15kr per listad patient, dock lägt 100 000 per hälsocentral. Ersättning för handlingsplanen är en årlig ersättning som utbetalas månaden efter att den blivit godkänd. Bedömningen görs av Beställaravdelningen i dialog med Folkhälsocentrum.

Förutom strukturersättningen valde man i Norrbotten (2012) att ge en förstärkning i form av prestationsersättning på två områden: tobaksavvänjning och utskrivning av fysisk aktivitet på recept. Man ville uppmuntra det man redan kunde och var bra på.

De erfarenheter man hittills har av strukturersättning kopplad till upprättande av handlingsplan för det sjukdomsförebyggande arbetet är att man på hälsocentralerna kommit igång olika bra. På vissa hälsocentraler har man haft grupper som "processat" fram planen, man har organiserat en struktur för arbetet och visat att man vill arbeta med frågorna. På andra håll har det varit chefens "i sista minuten produkt". Det finns exempl på personal som inte vet om att det finns en handlingsplan på hälsocentralen.

Det finns ju alltid risker med allting, det är ju liksom att man bara tillverkar en handlingsplan som sen hamnar på hyllan och så har man fått sina 100 000. Och då blir det inte seriöst, utan det måste ju vara en handlingsplan som är levande som man verkligen jobbar efter då. Inte någonting som någon chef har snickrat ihop en söndagskväll innan den ska vara inne. Utan det ska ju vara någonting som är förankrat i verksamheten. Så är det på väldigt många hälsocentraler, där man har jobbat med det här. Man kanske har haft en eldsjäl som har drivit det här och så har man jobbat i olika arbetsgrupper och fått till bra handlingsplaner.

Första året fick alla hälsocentraler ersättning efter revidering. Förra året (2013) var det 6 hälsocentraler som inte fick ersättning.

De protester som kommit angående handlingsplanen är att det är en order från beställaren, att mallen varit otydlig och planen krånglig att skriva. Man tycker sig dock se en utveckling där fler varit positiva 2013 jämfört med 2012. En lärdom man dragit är att alla hälsocentraler inte har haft kompetens att skriva en handlingsplan som man haft verklig nytta av.

Informanterna ansåg att en strukturersättning kopplad till upprättande av en handlingsplan är ett bra sätt att komma igång med implementeringen, och att det på sikt kommer att vara en framgångsfaktor. Nackdelen är att planerna är resurskrävande att granska och kommentera. När

det gäller den rörliga ersättningen var en av informanterna väldigt tydlig med att det funnits mer nackdelar än fördelar med den modell de haft hittills. Fördelen är att man fått igång dokumentationsvanan fortare än vad man skulle ha gjort utan incitament. Nackdelen är att man gör det man får betalt för och struntar i resten, vilket motarbetar tanken med handlingsplanen.

Jag skulle säga att jag ser mer nackdelar än fördelar med den modell vi har haft hittills. Jag ser ju att det har funnits fördelar därför att man har fått igång dokumentationsvanan. Man har börjat dokumentera och det hade man inte gjort i samma utsträckning om det inte hade varit för pengarna. Men jag ser att nackdelarna överväger och de som är de svåraste tycker jag är att man gör det man får pengar för och struntar i resten. Och det saboterar det här tänket som handlingsplanen ville förmedla, att nu gör vi en strategi för hur vi ska jobba hälsofrämjande med våra patienter... Att ge ett helhetstänket och få in det här i arbetssättet - där ser jag att prestationsersättningen motarbetar.

Första året man hade ersättning kopplat till FaR ersattes förskrivningen. Där har man i efterhand kunnat se att det blev fel då förskrivningarna ökade väldigt mycket på vissa hälsocentraler. Det fanns också en misstanke om att det kanske varit dem som det varit lättast att skriva ut till som fått recepten. För att komma åt problematiken gjorde man 2013 en förändring och kopplade en större del av ersättningen till uppföljning av förskrivningen. Det är tänkt att fokus ska vara på kvalitet och att man ska följa hela processen.

„, när det gällde FaR .. det var några som skrev ut jättemycket FaR för att klara ekonomin

Tabell 8. Sammanfattning av informanternas uppfattningar om- och erfarenheter av faktorer/ strategier som kan påverka implementeringsprocessen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (möjligheten och viljan att främja goda levnadsvanor hos patienterna)

Komponenter		
Implementeringsobjekt	Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder/	+ Lätt att sälja in hos politiker och tjänstemän + Stark legitimitet -/mandat för sjukdomsförebyggande arbete + Det sjukdomsförebyggande arbetet har tydliggjorts - Alla chefer och all personal har inte tagit riktlinjerna till sig, alla tycker inte att riktlinjerna behövs - Förvirrande med tre nivåer - Osäkerhet kring vad som krävs för ett kvalificerat rådgivande samtal om matvanor - Motstånd hos vissa läkare att jobba förebyggande - Ökade krav på registrering/dokumentation
Implementeringsaktörer	Politiker/tjänstemän/ Beställarenhet	+ Positiv inställning till riktlinjerna/levnadsvanearbetet + Tydlig kommunikation i organisationen att levnadsvanearbetet är viktigt och prioriterat + Rätt retorik + Tydligt uppdrag + Fortsatt uthålligt arbete + Aktiv uppföljning (kvalitativ) av verksamheternas arbete för att visa att området är viktigt
	Folkhälsoenhet/utvecklingsenhet	Utbildar, ger verksamhetsnära implementeringsstöd, coachar chefer, utvecklar dokumentationsstöd, följer upp, etc
	Verksamhetschefer	Se kontext-ledarskap
	Nyckelperson på HC	+ Person på HC med specialuppdrag, ex hälsokoordinator som är "motor" och driver utv. av levnadsvanearbetet, kontaktperson gentemot andra aktörer (ex. folkhälsoenhet), samordnare för riktlinjerna på HC.
	Läkare	- Läkare som inte anammat riktlinjerna/uppdraget kan utgöra bromsklossar + Drivande läkare kan skapa diskussioner och påverka sina kollegor som ännu inte tagit till sig riktlinjerna/uppdraget
	Eldsjälar	+ Eldsjälar på HC bidrar till utveckling
Aktiviteter/strategier	Utbildning/information	+ MI, dokumentation, riktlinjer, förbättringsarbete - Generellt svårare få personal att komma på utbildning
	Verksamhetsnära stöd	+Stötta vårdpersonalen i det vardagliga arbetet, implementeringsstöd
	Verksamhetsnära återkoppling	+ Återkoppling på hur HC's levnadsvanearbete fortskrider (kval + kvant)

	Förbättringsarbete	+ Implementering av riktlinjer m h a metoder för förbättringsarbete
	Ekonomiska incitament	Se avsnitt om styrning med ekonomiska incitament, samt tabell 9
	Coachning av chefer	+ "Trygga" chefer kan driva HC i önskad riktning
Kontext		
Individ	Kompetens/kunskap	+ Kunskap om riktlinjerna, levnadsvanor, metoder, MI, dokumentation ett måste hos personal och chefer - All personal är ännu inte trygg i att lyfta frågan om levnadsvanor med patienter, lång väg att gå
Hälsocentral	Stabil grund	+ Stabil grund: ekonomi, bemanning, etc. en förutsättning för att orka genomföra utvecklingsarbete/ implementera nytt arbetssätt
	Tvärprofessionella team	+ Tvärprofessionella team som ser helheten, kan arbeta för att skapa struktur för levnadsvanearbetet
	Ledarskap	+ Möjliggör interaktion, utvecklingsarbete + Förstår och kommunicerar att levnadsvanearbetet är viktigt + Visar engagemang, motiverar - Styr med pengar
	Struktur/rutiner	+ Strukturerat arbetssätt, rutiner, fungerande patientflöden (vem, var, när, hur)
	Resurser/tid/arbetsbelastning	Utvecklingsarbete och arbete med levnadsvanor kräver "mer tid" - Konkurrerande verksamheter och mål, ex. krav på ökad tillgänglighet, arbete med svårt sjuka äldre → levnadsvanearbetet inte alltid prioriterat
	Delaktighet	+ Nedifrån och upp perspektiv, delaktighet, ex i utformning av kvalitetsmål, handlingsplan (utifrån HC's förutsättningar och behov)
	Dokumentationsstruktur/ dokumentation	+ Enkelt journalsystem, lätt att dokumentera, lätt få ut relevanta data från systemet (statistik) - Krångligt journalsystem, tidskrävande att dokumentera, svårt få ut relevanta data - Krav på dokumentation/registrering kan skapa motstånd och ta bort glädjen med att jobba med levnadsvanor - Nytt journalsystem → all personal dokumenterar inte enligt instruktionerna
Landsting	Kommunikation/dialog	+ Fungerande dialog/samverkan/fungerande mötesplatser mellan beslutsfattare, folkhälsoenhet, primärvårds – ledning, verksamhetschefer, etc. - Bristande dialog mellan beställare och utförare (ledning/styrning och verksamhet), bristande förståelse för varandras verklighet + Läkare med i dialoger
	Ledarskap	+ Ledarskap på alla nivåer som styr i samma riktning
	Stabilitet	+ Ett landsting som är överens om att levnadsvanearbetet är viktigt

Tabell 9. Sammanfattning av informanternas uppfattningar om- och erfarenheter av ekonomiska incitament kopplat till implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (främjande av goda levnadsvanor hos patienterna).

Komponent		
Aktivitet Ekonomiska styrssystem	Generellt	+ Synliggör levnadsvanearbetet i organisationen → Måste följas upp + Stimulerar/motiverar/styr mot förändrat, önskat arbetssätt + Stimulerar till ökad dokumentation/registrering - Pengarna styr → fel motivation - Risk för manipulation → ett sätt att tjäna pengar - Det som ersätts hamnar i fokus → risk för undanträngning - Ökade krav på dokumentation/registrering → frustration, mindre tid fördirekt patientarbete - Risk för polarisering mellan HC som har bättre och sämre förutsättningar att tjäna pengar - Frustration i verksamheterna över att allt handlar om pengar - Jakt på pengar, jakt på "pinnar"
	Strukturersättning	+ Stimulera arbetssättet, processen, "helhetstänkandet" - Svårt hitta lämpliga mått/indikatorer - Tidsödande med granskning/uppföljning
	Fast ersättning Kalmar	+ HC "tvingas" ha en struktur för förebyggande arbete + Stimulera processen på HC
	Fast ersättning Norrbotten	+ "Tvinga" HC att upprätta en handlingsplan för levnadsvanearbetet + Skapa en struktur/ett arbetssätt för levnadsvanearbetet på HC + Stimulera processen på HC - Ett sätt att tjäna pengar, handlingsplanen skrivs av chefen, ingen process på HC, inget levande dokument - Handlingsplanerna är resurskrävande att granska och kommentera
Kvalitets och prestations- ersättning (Rörlig/fast)	Generellt	+ Stimulera till/styra mot önskat beteende/nytt arbetssätt där levnadsvanearbetet får större utrymme i det dagliga arbetet + Stort inflytande på primärvårdens sätt att jobba - Pengar styr → göra för att tjäna pengar → fel motivation - Ökade krav på dokumentation/registrering - Risk för undanträngning av åtgärder som inte är prissatta
	Generellt Uppsala	+ Enheterna vet hur mycket pengar man har att röra sig med då ersättningen betalas ut i förskott, en resurs som kan vikas för levnadsvanearbetet + Kan utgöra starkt incitament om kraven skärps - Stimulerar i nuläget inte till ökat antal åtgärder pga. för låga krav
	Identifikation av levnadsvanor	+ Fler patienter blir tillfrågade om sina levnadsvanor + Personalen mer medvetna om värdet i att fråga + Kommit igång med dokumentation av levnadsvanor/KVÅ-koder + Fler patienter med identifierad risk → fler erbjuds åtgärder - Frågar rutinmässigt, ingen kvalitet bakom → frustration - Ökade krav på dokumentation → frustration, minskad arbetsglädje - Risk för manipulation. Lättförtjänta pengar (frågan ställs till patient m h a t.ex. enkät, svaren registreras men resultatet diskuteras ej, ingen åtgärd erbjuds)
	Åtgärder	+ Antalet åtgärder (rådgivning/ kvalificerad rådgivning) har ökat + Stimulerar till registrering med KVÅ-koder (har ökat) - Ingen kvalitet skriva ut FaR utan uppföljning - Risk för manipulation → ett sätt att tjäna pengar, ex. skriva ut FaR utan dokumenterad risk, skriva ut FaR till "lättaste" patienterna.

Resultat	+ Stimulerar till fler åtgärder för det är resultaten man vill åt
Västernorrland	+ Stimulerar till ökad kvalitet på åtgärderna för det är resultaten man vill åt
	- Risk för manipulation → ett sätt att tjäna pengar
	- Risk för selektion av patienter (erbjuder åtgärder till de man tror har större chans att lyckas)
	- Måttet för uppföljning fysisk aktivitet (6 min. gångtest) upplevs besvärligt att genomföra av personal → få med identifierad risk erbjuds åtgärd.

RESULTAT

ENKÄTUNDERSÖKNING

Det kvantitativa enkätresultatet redovisas växelvis med kvalitativa sammanfattningar av respondenternas bifogade kommentarer. För att lyfta fram deras egna röster har även ett stort antal citat inkluderats i resultatredovisningen. I bilaga 1-5 redovisas resultatet för varje enskild enkätfråga i form av stapeldiagram. P-värden anges i stapeldiagrammen under förutsättning att de är signifikanta ($p < 0.05$)

SVARSFREKVENNS

Tabell 10 (chefer) och tabell 11 (medarbetare) visar antalet respondenter fördelade på kön och huvudman, samt yrke (tabell 11). Svarsfrekvensen för cheferna var:

- Kalmar 49% (landsting 50%, privat 45%)
- Uppsala 28% (landsting 36%, privat 10%)
- Västernorrland 53% (landsting 65%, privat 40%)
- Norrbotten 59% (landsting 56%, privat 100%)

Svarsfrekvensen för medarbetare anställda på landstingsdrivna hälsocentraler i Västernorrland varierade mellan 20-30%, beroende på yrke. Svartsfrekvensen för medarbetare på privata hälsocentraler i Västernorrland och för medarbetare i övriga landsting har inte kunnat beräknas då det saknas uppgifter om i vilken utsträckning cheferna vidareförmedlat inbjudan med länken till enkätstudien. Forskargruppen har heller inte haft tillgång till uppgifter om antalet anställda i respektive yrkesgrupp.

Tabell 10. Antal svarande verksamhetschefer fördelade på landsting, kön och huvudman

	Kalmar	Norrbotten	Uppsala	Västernorrland	Totalt
Totalt	19	17	10	17	63
Kön					
Kvinna	12	11	7	10	40
Man	7	6	3	7	22
Huvudman					
Landsting	14	15	7	11	47
Privat	5	2	3	6	15

Tabell 11. Antal svarande medarbetare fördelade på landsting, yrke, kön och huvudman

	Kalmar	Norrbottn	Uppsala	Västernorrland	Totalt
Totalt	67	65	47	81	260
Yrke					
AT-läkare	3	0	0	5	8
Leg läkare	3	0	0	0	3
ST-läkare	1	3	2	10	16
Allmänläkare	12	16	6	12	46
Spec.läkare övr.	3	0	0	3	6
Leg sjuksköterska	8	2	7	0	17
Distriktssköterska	32	18	20	34	104
Leg sjuksköterska annan spec.	5	7	3	1	16
Leg sjukgymnast	0	19	9	16	44
Kön					
Kvinna	51	49	40	79	204
Man	16	16	7	21	56
Huvudman					
Landsting	61	60	38	73	232
Privat	6	6	9	8	28

UPPFATTNINGAR OM NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJKDOMSFÖREBYGGANDE METODER

Cheferna och medarbetarnas uppfattningar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder redovisas i tabell 12 och bilaga 1. Cheferna i Norrbotten ansåg i högst utsträckning och de i Kalmar i lägst utsträckning att de är väl insatta i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (71% vs 33%). Motsvarande siffror för medarbetarna var 57% (Uppsala) och 33% (Västernorrland).

Vi arbetar mycket med levnadsvanor, hälsosamtal etc. Jag antar att de stämmer överens med de nationella riktlinjerna, men jag känner inte till de senare i detalj. Läkare VN

Vet inte vad det är för något, har ej fått information. Sjuksköterska VN

Majoriteten av cheferna och medarbetarna ansåg att riktlinjerna behövs. I vilken utsträckning medarbetarna höll med om detta var signifikant relaterat till yrke (läkare 42%, sjuksköterska 69%, sjukgymnast 70%, data ej visat). I Norrbotten ansåg 33% av läkarna att riktlinjerna inte behövs.

Medarbetarna i Norrbotten ansåg i signifikant högre utsträckning att det finns ett motstånd mot införande av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder på hälsocentralerna (17% vs 2-6%). Av dessa medarbetare ansåg läkarna i signifikant högre utsträckning att det finns ett motstånd (33%) jämfört med sjuksköterskor och sjukgymnaster (11%, 10%) (bilaga 1c).

Mellan 44% (Kalmar) och 80% (Uppsala) av cheferna rapporterade att de i verksamheten använder Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som stöd i arbetet och 12% (Norrbottn) - 50% (Uppsala) ansåg att hälsocentralens arbete gynnats av införandet. Bland medarbetarna var det Kalmar (61%) som i högst utsträckning rapporterade att de använde riktlinjerna som stöd i arbetet och Västernorrland (42%) i lägst utsträckning. Bland medarbetarna var frågan om hälsocentralens arbete gynnats av införande av riktlinjerna signifikant relaterat till yrke. Fler sjuksköterskor (43%) ansåg att hälsocentralens arbete gynnats jämfört med sjukgymnaster (27%) och läkare (13%) (data ej visat).

De flesta kommentarer som informanterna bifogade enkäterna angående Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder visade att riktlinjerna i sig är viktiga, men att det saknas resurser/tid till att införliva dessa i praktiken. Resursbristen kan leda till ett motstånd hos såväl chefer som medarbetare. Resursbristen kan också leda till konkurrens mellan vilka riktlinjer/områden som ska satsas på och prioriteringar måste göras.

Nationella riktlinjer som är evidensbaserade är bra men resurstilldelning och gemensam strategi saknas. Chef VN

Kruget är att även om jag är positiv till nationella riktlinjer och även om arbetsgivaren är det så ges inte de praktiska förutsättningarna. Detta ska ofta "klämmas" in i befintlig verksamhet. Sjuksköterska VN

De nationella riktlinjerna är viktiga, men vi får för lite tid att jobba med detta. Vi är för få. Sjuksköterska NB

Detta innebär fler arbetsuppgifter/moment men ingen mer tid fås. Sjuksköterska U

... finns absolut ett motstånd., pga att resurser och pengar ej tillförts. Vi skall sköta akuta, kroniska patienter och dessutom tillskapa tid för förebyggande arbete. Krav finns att arbeta förebyggande inkl. identifiering vilket är en stressor att "få ihop alla krav/behov". Chef VN

Inte implementerat, inget man egentligen vill göra, upplevs som ett måste från personal samt även ledning. Sjuksköterska NB

Bra med nya nationella riktlinjer. Problemet vi har i Primärvården generellt är att dessa riktlinjer i mångt och mycket kräver mer resurser. I motsats till det minskas ramen för primärvården vilket gör att vi får prioritera, vi klarar inte att uppfylla alla riktlinjer. Chef VN

Riktlinjerna är bra. Tyvärr är det så många andra områden som också tycker att vi i primärvården borde arbeta med just deras områden också. Många intressenter men lite tid och resurser påverkar hur mycket man kan arbeta med detta. Läkare U

Andra kommentarer handlade om brist på vetenskapligt stöd för riktlinjerna eller att de inte införts på ett vetenskapligt sätt i landstinget. Ytterligare uppfattningar var att de inte tillfört någonting nytt då det ingår i professionen att prata med patienterna om levnadsvanor.

Det finns dåligt stöd för detta arbete vetenskapligt. Det blir inte bättre av att det ska dokumenteras. Skall finnas en koppling till sjukdom/besvär patienten söker för. Människors livsstil kan vi bara informera om, ingen vet vad som är en god livsstil för någon annan. Chef K

... De nationella riktlinjerna kan vara bra men har införts på ett inte evidensbaserat sätt, t ex hälsosamtal hos sköterskor. Läkare NB

Landstingets framtagna arbetsmetod stämmer ej med riktlinjerna. Läkare VN

... Sönt här har man ju alltid pratat med patienter om och det är klart att det är bra att det uppmärksammas och ges status av nationell riktlinje, men jag är inte helt säker på att det medför någon skillnad för patienterna/medborgarna. Chef NB

Ytterligare kommentarer handlade om att riktlinjerna medfört ökade krav på dokumentation/registrering samt att om "levnadsvanearbetet" kopplats ihop med ett ekonomiskt ersättnings-system kan det upplevas som en order som kommer "uppifrån" och en stressfaktor (merparten av dessa kommentarer kommer att redovisas längre fram i rapporten.)

Tanken är god men det blir för mycket pappersexercis och bara krav på dokumentation som är jobbig. Läkare U

Det kommer uppifrån - beställningen. Uppfattas som order kopplat till ersättning. Tar mera tid som vi inte har, blir därför negativt präglat även om det är bra. ChefNB

Problemet i min mening är inte att det finns riktlinjer att förhålla sig till utan att det inte är anpassat efter patientens behov utan okritiskt ständigt krav på att man ska upp frågan. Det underminerar personalens egen vilja att arbeta med frågan om den är påtvingad...Läkare VN

UPPFATTNINGAR OM HÄLSOCENTRALENS ARBETE MED ATT FRÄMJA GODA LEVNADSVANOR HOS PATIENTERNA

Tabell 13 visar att det fanns en positiv inställning till främja goda levnadsvanor hos patienterna, hos såväl chefer som medarbetare i samtliga landsting; 83% - 100% av cheferna och 80 - 90% av medarbetarna rapporterade att man på hälsocentralen anser arbetet vara viktigt. Av medarbetarna ansåg 88% - 92% att levnadsvanearbetet känns meningsfullt. I Kalmar var denna uppfattning signifikant relaterad till yrke, - 73% av läkare tyckte att det känns meningsfullt jämfört med 96% av sköterskorna.

Trots en positiv inställning finns det ett visst motstånd bland medarbetarna. Sjutton procent av medarbetarna i Norrbotten och 20% i Västernorrland uppgav att de känner sig tvingade att arbeta med att främja goda levnadsvanor, jämfört med 3% i Kalmar och 4% i Uppsala. I Uppsala var det bara sjukgymnastgruppen som rapporterade "tvång" (22%). I Västernorrland rapporterade 30% av läkarna och i Norrbotten 50%, att de känner sig tvingade. Totalt känner sig 26% av läkarna tvingade att arbeta med att främja goda levnadsvanor jämfört med endast 3% av sjuksköterskorna ($p < .000$, data ej visat)

Mellan 45% (Uppsala) och 64% (Norrbotten) av medarbetarna instämde i påståendet att man på hälsocentralen arbetar i hög utsträckning med att främja goda levnadsvanor hos patienterna (tabell 14). Motsvarande siffror för cheferna var 65% (Norrbotten) - 78% (Kalmar).

Majoriteten av medarbetarna uppgav att de arbetar med att främja goda levnadsvanor hos patienterna i den utsträckning de själva önskar (53% Uppsala) -75% Kalmar). I Norrbotten var denna uppfattning signifikant associerad med yrke (sjuksköterska 44%, sjukgymnast 68%, läkare 83%). Av cheferna ansåg 41% (Norrbotten) - 67% (Kalmar) att man på hälsocentralerna främjar goda levnadsvanor hos patienterna i önskad utsträckning.

Chefernas uppfattningar om man på hälsocentralen arbetar med att främja goda levnadsvanor hos patienterna på det sätt man själv önskar var signifikant associerat till landsting (Kalmar 78%, Västernorrland 53%, Uppsala 50%, Norrbotten 24%). Av misstag formulerades frågan till medarbetarna annorlunda, (relevant arbetssätt istället för önskat arbetssätt). Bland medarbetarna var det signifikant fler i Kalmar som angav att man på hälsocentralen arbetade på ett relevant sätt jämfört med medarbetarna i övriga landsting (66% vs 45%-51%). Medarbetarna fick även frågan om de tyckte att de själva arbetade på ett relevant sätt. Även här låg Kalmar i topp med 79%.

Genom att bifoga kommentarer har flertalet respondenter velat visa på den rådande bristen på resurser för förebyggande åtgärder. Bemanningen anses vara för låg i primärvården i förhållande till vad man måste hinna med. Några respondenter menar att man (kan) tvingas prioritera bort sjuka patienter till förmån för det förebyggande arbetet. Utökade resurser och mer tid efterfrågas.

Arbetet med förebyggande åtgärder upplevs som positivt bland de flesta i personalen men tyvärr har/finns inte resurser tillräckligt, har många äldre sjuka att ta hand om... Chef VN

Absolut nödvändigt att arbeta sjukdomsförebyggande men det vi gjort tidigare försvinner inte på stort, därför saknas resurser, ekonomiskt stöd, under tiden tills vi kan "skörda frukten". Läkare NB

Problemet är att jag i praktiken inte hinner med så mycket främjande av goda levnadsvanor, främst gällande primärpreventiva åtgärder. Bemanningen är för låg i förhållande till vad man måste hinna med på hälsocentralen idag. Att generellt främja goda levnadsvanor på ett relevant sätt tar tid, i så fall behöver man minska på någon annan verksamhet. Anser överordnade att sjukdomsförebyggande levnadsvanegenomgångar och samtal kring detta verkligen är viktigt, måste man också se till att det finns resurser för detta! Läkare VN

Vi har ej kapacitet/ bemanning för att klara vårt grundläggande arbete. Omöjligt att få hörsamhet till mera förebyggande arbete. Chef NB

Vi har fullt upp att ta hand om sjuka pat. Läkare K

Mycket hårt tryck på VC, vilket innebär att förebyggande arbete kommer i andra hand...tyvärr! Sjuksköterska U

Vår prioritering är fortfarande att ta hand om våra sjuka patienter först. Att sköta våra palliativa patienter, hjälpa och stötta vid funktionshinder, ta hand om akut sjuka och följa upp behandling som satts in på olika kliniker på sjukhuset. Behandla och följa upp våra kroniskt sjuka patienter. Patienter med enbart riskfaktorer ska vi också ta hand om men resurserna går ju till annat och frågan är vad som vi ska prioritera bort i vårt arbete. Så länge inte resurserna drastiskt omfördelas i vården så kommer vi att tvingas prioritera våra sjuka patienter. Läkare NB

Några sjuksköterskor från Norrbotten kommenterade att det inte finns tid till att genomföra hälsosamtal med, 30-, 40-, 50- och 60-åringar trots att man får betalt för samtalen.

Det finns inte tid avsatt för att ha hälsosamtal på min hälsocentral. Det saknas alltid personal och då måste vi prioritera de sjuka, inte de friska. Landstinget ställer krav att hälsosamtal ska genomföras till samtliga 30,40,50 och 60-åringar men resurserna saknas. Sjuksköterska NB

Trots att vi får mycket pengar för t.ex. hälsosamtal har vi inte nog med personal för att genomföra dem i så hög utsträckning som vi vill. Vi annonserar inte t.ex. inte om hälsosamtal för då får vi för många patienter. Sjuksköterska NB

Hos oss verkar det vara fritt valt arbete med hälsosamtal. Det är ingen som kollar upp hur vi ska hinna med arbetet. När jag själv tar upp problematiken får jag till svar att det kan vänta eftersom vi har personalbrist. Sjuksköterska NB

Ett antal av kommentarerna beskriver olika typer av upplevt tvång kopplat till levnadsvanearbetet, såsom krav på registrering och journalifyllande, att tvingas leta problem i befolkningen istället för att ta hand om sjuka patienter, att inte få avgöra när det är lämpligt att prata livsstil med patienterna och krav på hälsosamtal med friska individer.

Jag känner mig tvingad att registrera levnadsvanor på ett sätt som tar tid och saknar mening. Min arbetsledning anser att motiverande samtal är att säga till patienten " du bör sluta röka" för att vi ska få pengar vilket jag upplever kränker mig i min profession och urholkar förtroendet för systemet. Läkare VN

Problemet är ju att vi tvingas leta problem i befolkningen i stort istället för att ta hand om de sjuka patienter vi har. Vi håller på att springa ihjäl oss och arbetet är inte roligt längre - vi får inte själva som professionella avgöra vad som är viktigt för patienten och när det är lämpligt att tala om tex livsstil! Kraven på allt registrerande, hälsosamtal med friska människor mm tar massor med tid och genererar nya "pat" som ska köa in på de redan bristande resurserna till kurator tex. Det finns ingen evidens för hälsosamtalen enligt Cochrane och det känner vi verkligen att det stämmer. Sjuksköterskor och läkare behövs för de sjuka och

resurserna har inte ökat till primärvården ens för att ta hand om dem, och så nu detta som tär på våra resurser! Läkare NB

Jag och mina kollegor har alltid arbetat mycket aktivt med frågan om levnadsvanor, men den tid allt journalifyllande tar och hälsosamtal där vi dammsuger befolkningen på symtom och riskerar att sjukliggöra dem, är så frustrerande att risken är att vårt arbete med dessa frågor försämras radikalt. Vi känner oss som jagade råttor som någon annan styr över och tiden får ägnas åt alla dessa knapptryckningar på datorn i stället för åt patienter som är sjuka. För sjuka patienter finns, ofta kroniskt sjuka, och med stort behov av insatser - mer än de friska vi ska leta upp. Läkare NB

En läkare från Kalmar illustrerade en annan sorts tvång, nämligen att tvingas arbeta med annat än att främja goda levnadsvanor:

Det är ju snarare så att vi känner oss tvingad att arbeta med mycket annat än goda levnadsvanor som tar tid från detta arbete.

UPPFATTNINGAR OM STÖDJANDE/UNDERLÄTTANDE FAKTORER FÖR ARBETET MED ATT FRÄMJA GODA LEVNADSVANOR HOS PATIENTERNA

Bland cheferna ansåg 72% - 94% och bland medarbetarna ansåg 43%-75% att det finns tydliga rutiner på hälsocentralerna för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna (tabell 15). Störst skillnad i uppfattning mellan chefer och medarbetare var i Norrbotten där 94% av cheferna ansåg att det finns rutiner men bara 56% av medarbetarna. När det gäller mål för "levnadsvanearbetet" var siffrorna generellt något lägre i landstingen (chefer 67% - 82%, medarbetare 39-66%).

Cheferna och medarbetarna i Kalmar rapporterade i störst utsträckning inflytande över på vilket sätt man vill arbeta på hälsocentralerna med "levnadsvanearbetet" (chef Kalmar 67% vs chef övriga landsting 47%-50%,) För medarbetarna var skillnaden signifikant (Kalmar 58% vs övriga landsting 33-40%).

Bland respondenternas kommentarer kan man hitta orsaker till varför man inte anser sig kunna påverka arbetssättet. Dessa orsaker hänvisar bl. a till beslut som tagits uppifrån som införande av hälsosamtal i Norrbotten och till den ekonomiska styrningen av levnadsvanearbetet.

För mycket inriktat på "rätt" diagnos- och åtgärds-koder och hård ekonomisk styrning uppifrån och för lite inriktat på verklig nytta och tro på att den utbildade personalen kan avgöra lämpliga åtgärder och insatser. Liten förmåga att kunna påverka arbetssättet för att främja goda levnadsvanor efter verksamheten. Läkare NB

Mellan 51% (Uppsala) och 70% (Kalmar) av medarbetarna uppgav att det på hälsocentralen finns ett gott stöd från ledningen när det gäller "levnadsvanearbetet". I Norrbotten uppgav 78% av läkarna att de har ett gott stöd men endast 48% av sköterskorna (ej signifikant).

Cheferna i Norrbotten rapporterade i signifikant lägre utsträckning att de har ett gott stöd från landstinget när det gäller hälsocentralens arbete med att främja goda levnadsvanor (29%) jämfört med cheferna i övriga landsting (56-70%). Bland medarbetarna fanns inte detta samband (30-39%). Däremot rapporterade signifikant färre läkare i Västernorrland att de har ett gott stöd från landstinget (13%) jämfört med sjuksköterskor (54%) och sjukgymnaster, (44%)

Frågan om man på hälsocentralen får god återkoppling från landstinget när det gäller "levnadsvanearbetet" ställdes endast till cheferna. Upplevelsen av återkoppling varierade signifikant. Cheferna i Kalmar upplevde i lägst utsträckning att man får god återkoppling och cheferna i Västerbotten i högst utsträckning (17% vs. 76%).

Majoriteten av cheferna och medarbetarna i samtliga landsting rapporterade god kompetens hos medarbetarna i samtalsmetodik och ämneskunskap kring levnadsvanor (tabell 16). Cheferna i Norrbotten rapporterade i högst utsträckning både kompetens i samtalsmetodik (94%) och ämneskunskap kring levnadsvanor (88%)

DOKUMENTATIONSSTÖD

Cheferna och medarbetarnas uppfattningar om dokumentationsstöd när det gäller ”levnadsvanearbetet” redovisas i tabell 16. För flera av påståendena fanns signifikanta skillnader i uppfattningar relaterade till landsting och/eller yrke. Generellt var medarbetarna i Uppsala minst nöjda med dokumentationsstödet och av yrkesgrupperna totalt var det läkarna.

Införandet av Journaltabeller för levnadsvanor har medfört ett stort motstånd från flera yrkesgrupper. För tidskrävande och ej lättöverskådligt! Sjuksköterska U

Ändringar gjorda i journalsystemet Cosmic som innebär att det är för krångligt att fylla i levnadsvanor. Det har funnits en mycket enklare och snabbare väg tidigare. Sjuksköterska U

Journalsystemet är allt annat än ett hjälpmedel i detta fall. Läkare U

Även chefer och medarbetare från övriga landsting bifogade kommentarer som sammanfattningsvis visade på missnöje över ökade dokumentationskrav och ökad arbetsbelastning.

Registrering av levnadsvanor ligger i ett sidospår i journalen vilket kräver dubbelarbete. Chef VN

Vi har alltid arbetat sjukdomsförebyggande och den dokumentation som riktlinjerna för med sig är ett jobb som lagts till när riktlinjerna kom. Läkare NB

... resurserna är begränsade och när man inför nya arbetsuppgifter såsom t ex administration i form av rapportering av patienternas levnadsvanor så måste man fundera på vad man istället inte hinner med att göra. I första hand tycker jag att vad som behövs, är att patienter som behöver vård får tid för detta. Levnadsvananteckningar är något som stjälar tid från övrig mottagningsverksamhet. I många fall är levnadsvanor viktiga för behandlingen, men problemet är att vi måste fylla i denna på samtliga patienter i vissa åldersgrupper, vad de än söker för. Läkare VN

Dokumentationen tar mycket tid. Tid är en resurs som vi inte har mycket av. Sjukgymnast NB

Mellan 67% (Kalmar) och 88% (Norrbotten) av cheferna respektive 62% (Uppsala) och 72% (Västernorrland) av medarbetarna var av den uppfattningen att man arbetar i högre utsträckning med att främja goda levnadsvanor än vad som dokumenteras i journalen. För medarbetarna i Norrbotten var denna uppfattning signifikant relaterad till yrke. Medan 41% av sjuksköterskorna hade denna uppfattning var motsvarande siffra 79% för sjukgymnasterna och 100% för läkarna.

I landstinget har införts nya metoder att registrera levnadsvanor, vilket upplevs som besvärligt och registrering sker förmodligen inte i omfattning som motsvarar verkligheten. Chef NB

Hälsofrämjande har alltid varit ett viktigt område att arbeta med för mej som distriktsläkare, finns med i nästan varje samtal. Däremot är det en massa andra saker som är mer medicinskt viktiga att dokumentera, t ex medicinändringar, bedömningar av symtom mm. Läkare NB

Allt angående dokumentation bygger såklart på att alla dokumenterar på rätt sätt, vilket hur man än vrider på saken onekligen tar i vart fall lite tid per patient, och alltså ofta nedprioriteras då det saknas distriktsläkare på minst 90% av länets vårdcentraler, ... Läkare NB

Cheferna och medarbetarna fick också ta ställning till om det är lätt att få ut relevanta data från journalsystemet när det gäller hälsocentralens levnadsvanearbete. För cheferna var uppfattningen om detta signifikant relaterat till landsting (bilaga 4e). Medan cheferna i Norrbotten ansåg i högst utsträckning (53%) att det var lätt att få ut relevanta data var det ingen av cheferna i Kalmar som höll med om att det var lätt. Bland medarbetarna var det en stor andel som inte kunde ta ställning till påståendet (25%- 39%)

Tröghet i datasystemen ökar arbetsbelastningen och data kan inte tas ut på rätt sätt, såvida man inte dubbel dokumenterar. Systemen styr mer än vad de är till hjälp. Chef K

UPPFATTNINGAR OM EKONOMISKA INCITAMENT

Uppfattningar om ekonomiska incitament och sjukdomsförebyggande arbete redovisas i tabell 17 och bilaga 5. Uppfattningar om ekonomiska incitament är det område som skilt sig mest åt såväl mellan cheferna i de fyra landstingen som mellan medarbetarna. Ca 1/3 av medarbetarna i Kalmar och Uppsala uppgav att de inte är insatta i ersättningssystemet kopplat till sjukdomsförebyggande arbete (frågan ej ställd till cheferna). De har därför haft svårare att ta ställning till påståendena om ekonomiska incitament jämfört med medarbetarna i Västernorrland och Norrbotten; De har i större utsträckning uppgivit svarsalternativet "Vet ej/ej aktuellt" (se bilaga 5). Att man svarat "Vet ej/ej aktuellt" kan också innebära att man är av den uppfattningen att det inte finns något ekonomiskt incitament kopplat till sjukdomsförebyggande arbete i det egna landstinget.

Idag är vi inte kopplad till ekonomisk ersättning för detta men det anser jag vore mycket bra. Landstinget kanske får pengar men vi på vårdcentralen tilldelas inget i alla fall. Sjuksköterska U

Cheferna och medarbetarna i Västernorrland och Norrbotten ansåg i signifikant högre utsträckning att det ekonomiska incitamentet är en förutsättning för att sjukdomsförebyggande arbete ska prioriteras på hälsocentralen, jmf med respondenterna från Kalmar och Uppsala. I Västernorrland ansåg 82% av cheferna och 68% av medarbetarna att det är en förutsättning. Bland medarbetarna i Västernorrland uppgav signifikant fler sjuksköterskor (80%) och sjukgymnaster (81%) att det ekonomiska incitamentet är en förutsättning för prioritering av sjukdomsförebyggande arbete jämfört med läkarna (47%).

Cheferna i Västernorrland ansåg i signifikant högre utsträckning att inriktningen på det sjukdomsförebyggande arbetet styrs av den ekonomiska ersättningen. Sjuttiosex procent instämde i påståendet jämfört med 20% - 24% av övriga chefer. Av medarbetarna instämde signifikant fler i Västernorrland (64%) och Norrbotten (47%) i påståendet jämfört med Kalmar och Uppsala (23%).

Medan ingen av cheferna i Kalmar instämde i påståendet att om ersättningen tas bort kommer man inte att jobba sjukdomsförebyggande i den utsträckning man gör idag, gjorde 59% av cheferna i Västernorrland det. Motsvarande siffror för medarbetarna i de fyra landstingen var 22%-36%. Bilaga 5d visar att i samtliga landsting tog läkarna i större utsträckning avstånd från påståendet jämfört med sjuksköterskor och sjukgymnaster. Läkarna i Norrbotten tog i störst utsträckning avstånd från påståendet (83%).

Både bland cheferna och bland medarbetarna i landstingen skiljde sig uppfattningen signifikant åt när det gäller påståendet att ersättningen uppmuntrar till kvalitet i arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna. Exempelvis ansåg 59% av cheferna i Västernorrland att så är fallet jämfört med 10% av cheferna i Uppsala. Av medarbetarna i Västernorrland högst med 28% och Uppsala lägst med 11%. Även när det gäller detta påstående tog läkarna i större utsträckning

avstånd från påståendet (43% – 100%), jämfört med sjuksköterskor och sjukgymnaster (11% - 50%) (bilaga 5e). Ingen av läkarna i Norrbotten ansåg att ersättningen uppmuntrar till kvalitet.

En läkare från Norrbotten har specifikt kommenterat varför ersättningen inte bidrar till att höja kvalitén:

... vi håller ju på med förebyggande arbete hela tiden, parallellt med annat, och har alltid gjort det, men kanske inte på det sätt som mallarna uppifrån föreskriver! Och det är klart att vi behöver pengarna! Men de fungerar inte för att höja kvalitén på arbetet då de dels inte alls täcker kostnaderna - och den tid de tar för våra sköterskor som är bristvara och inte kan ersättas - dels inte utgår från vår kunskap om vad som är viktigt för patienten, så som helhet blir vårdcentralens arbete försämrat till sin kvalitet.

Fler chefer i Uppsala, Västernorrland och Norrbotten har rapporterat att ersättningen uppmuntrar till kvantitet/produktion jämfört med kvalitet. Detta har också medarbetarna gjort i samtliga landsting. Även i frågan om ersättningen uppmuntrar till kvantitet/produktion skiljde sig uppfattningarna signifikant åt mellan såväl chefer som medarbetare i de olika landstingen, se bilaga 5f. Västernorrland (chef 76%, medarbetare 65%) följt av Norrbotten (47%, 58%) var de landsting som i störst utsträckning ansåg att ersättningsystemet uppmuntrar till kvantitet, dvs ju fler insatser/åtgärder desto bättre för ekonomin.

Av cheferna uppgav mellan 20% (Uppsala) och 65% (Västernorrland) att de ser fler fördelar än nackdelar med rådande ersättningssystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete. Medarbetarna i Uppsala rapporterade i signifikant lägre utsträckning (13%) att de ser fler fördelar än nackdelar jämfört med medarbetarna i övriga landsting (24% - 30%). Läkarna i samtliga landsting tog i större utsträckning avstånd från påståendet (41% - 83%) jämfört med övriga professioner (11-32%) (bilaga 5g). I Västernorrland och Norrbotten var det signifikanta skillnader i uppfattningar mellan professionerna. Läkarna i Norrbotten var den grupp som tog störst avstånd från påståendet (83%)

Många av de kommentarer som respondenterna bifogat i enkäterna berör på olika sätt ekonomiska incitament. Kommentarer visar att respondenterna inte är överens om värdet av ett ekonomiskt ersättningssystem. Medan vissa menar att ersättning sporrar menar andra att det inte finns någon evidens för ett koppla ekonomiska incitament till sjukdomsförebyggande arbete, att det inte ska behövas och att det är olyckligt att koppla ihop det med levnadsvanearbete. Eftersom det ingår i professionen att arbeta förebyggande ska det ges prioritet i det dagliga arbetet utan att behöva ingå i ett ekonomiskt ersättningssystem

Jag ser det som ett positivt stöd att jag och andra tvingas främja goda levnadsvanor. Läkare VN

Både och här, ersättningen har gjort att vi faktiskt arbetar med förebyggande arbete vilket vi inte skulle gjort annars, men ersättningsystemet kanske borde varit annorlunda ... Chef VN

Det finns ingen evidens för att koppla ekonomi till enstaka sjukdomsförebyggande insatser. Läkare NB

Innan vi fick ekonomisk ersättning för sjukdomsförebyggande arbete jobbade vi faktiskt också med de här åtgärderna. Läkare VN

På hälsocentralen arbetar vi med många olika sjukdomsgrupper där levnadsvanorna är mycket viktiga. Det ingår i medarbetarnas profession att arbeta med det. Jag tycker det är olyckligt att detta arbete ska kopplas till ekonomiska ersättningsystem. Chef NB

Det preventiva arbetet skall ges stor prioritet i det dagliga arbetet utan att det skall ingå i något ekonomiskt ersättningsystem. Sjuksköterska K

Många kommentarer handlade om hur inte bara implementering av riktlinjerna utan också kopplingen till ekonomiska incitament medfört ökade krav på dokumentation/registrering. En läkare i Norrbotten beskriver det som att ”skriva och skriva för ekonomins skull”

Vi har redan tidigare pratat med våra patienter om levnadsvanor och om riskfaktorer. Ersättningen har inte förändrat det arbetet. Det arbete som har kommit till är att dokumentera i journalen, vi skriver och skriver för ekonomins skull atob00, rök03, UU004, Dv121, Fys01, DV131 och ibland undrar man vad vi håller på med. Gick jag verkligen 5,5 år på universitet och 7 års vidareutbildning för att sedan sitta här och registrera!? Registrera ett arbete som jag med min utbildning mycket väl själv kan avgöra när det lämpar sig att utföra, och har så gjort utan att trycka in koder. Läkare NB

En ersättningsmodell som uppmanar till produktion leder också till ökade krav på cheferna och stress och frustration hos medarbetarna pga ”piskan” att hinna med det som ger pengar. Några kommentarer visade också att den ersättning man får inte kompenserar merarbetet

När det ligger ekonomi i det blir kravet från mig [chef] automatiskt större Den ersättning vi får har än så länge inte kunnat ge oss ekonomi till att behålla distriktskötersketjänster mm. Chef VN

Den belastning personalen får pga av "piskan" att hinna med "det" som ger pengar upplevs av flera som frustration... Chef NB

Hälsosamtal mm är roligt att genomföra, tar mycket tid från andra patienter och ger inte ekonomisk ersättning i relation till vad det kostar "personalmässigt" att genomföra hälsosamtal. Chef NB

Det finns ingen ersättning som kompenserar merarbetet. Vi har fullt upp att sköta alla sjuka, ännu mindre tid och resurser att ta hand om friska. Läkare K

För vår del svårt att ha råd att inte prioritera sjukdomsförebyggande arbete då ersättning för det har tagits från kapiteringsersättning och som en del återbetalas i prestationsersättning avseende levnadsvanor, Chef NB

Respondenter från Västernorrland har kommenterat sitt ersättningssystem som bland annat är kopplat till identifikation av levnadsvanor och registrering av dessa i den så kallade levnadsvaneanteckningen. Kommentarererna visade på olika uppfattningar när det gäller ”tvånget” att fråga alla patienter om levnadsvanor, oavsett kontaktorsak, för att tjäna pengar. Medan vissa verkar tycka att det är positivt att ersättningen uppmuntrar till att många tillfrågas menar andra att det kan kännas både meningslöst och skada kontakten med patienten. Som kliniker vill man själv kunna avgöra när det är relevant att identifiera levnadsvanor hos patienterna. En respondent tydliggjorde att systemet med levnadsvaneanteckningen och vad som genererar pengar bör ses över.

Vi har ett krav på oss att göra levnadsvaneanteckningar på alla patienter vi möter för att hälsocentralen ska tjäna pengar. Detta är på gott och ont. Bra att vi pratar med alla. Sämre att det bara registreras utan samtal hos väldigt många vilket gör att det är svårt att få ett resultat. Sjuksköterska

Jag tycker inte vi ska ha ett tvingande system kring levnadsvanor. Det skadar min kontakt med patienten om jag vid fel tillfällen pga. ekonomiska incitament "tvingas" att fråga om levnadsvanor. Jag som kliniker måste få avgöra när detta är relevant. Det är en viktig fråga som vi gärna vill jobba med - men på vårt sätt. Läkare

Arbetet "drivs" i stor utsträckning av att vi som hälsocentral får ersättning rent ekonomiskt från landstinget för uppgifter om levnadsvanor och resultat av olika åtgärder. Ibland frågar man om levnadsvanor enbart av det skälet och då blir det inte helhjärtat. Exempel kan vara vältränade ungdomar som går på idrottsgymnasium och uppenbarligen inte är överviktiga - ändå ska man fråga om tobak, längd, vikt och motionsvanor ... Det känns inte helt meningsfullt... Läkare

Min uppfattning är att man inte gör mer än vad man binner, oavsett ekonomisk ersättning. Det blir inte fler motiverande samtal än vad som skulle ske ändå, för det går inte. Man måste hinna dokumentera vad patienten skrivit på blanketten för att få ersättning, men man binner ofta inte gå igenom blanketten med

patienten (så i praktiken är det ofta fullständigt meningslöst ur patientsynvinkel). Det blir mycket "identifierande" av levnadsvanor, desto mindre "åtgärder". Läkare

Om jag inte har förstått det helt fel så har kapiteringsersättningen sänkts för att motivera/stimulera hälsocentralerna till ökat arbete med bla levnadsvanorna. Vilket jag anser är helt gålet. Uppbyggnaden på levnadsvaneanteckningen i journalsystemet och vad som genererar inkomster bör ses över. Sjukgymnast

Andra uppfattningar om ekonomiska incitament som lyftes fram av cheferna och medarbetarna var att prestationsersättning kan leda till risk för fusk och "fyrkantig inriktning" där man satsar på maximal ersättning på bekostnad av andra åtgärder som borde prioriteras högre, men som inte prissatts på samma sätt. Ersättningen kan också leda till risk för urholkad kvalitet och trovärdighet.

Ekonomisk ersättning kan leda till risk för fusk. En enhet i Norrbotten står t.ex. för en orimligt stor andel FAR-recept (som det är kopplat ekonomisk ersättning till). Man får misstanken att nästan alla som gör ett besök där får recept. Chef NB

Ersättningssystemet och riktlinjerna är ej kopplade på ett bra sätt, flertalet uppenbart fusk när man kollar i lokal statistik. Läkare VN

Ekonomiska ersättningssystem på den detaljstyrda nivå som vi har idag på min hälsocentral gör snarare att hälsocentralens arbete riskerar att övergå i en fyrkantig inriktning som ger maximal ersättning, och de patientgrupper där insatser behövs riskerar att nedprioriteras pga. tidsbrist och "ersättningsbortfall" om man istället ägnar mer tid åt relevanta riskgrupper som ej bestämts uppifrån. Läkare NB

Kvaliteten och trovärdigheten urholkas om man registrerar åtgärd motiverande samtal för "det är inte bra att röka" Läkare VN

Ekonomisk ersättning gör att arbetet blir gjort, men hur man gör det sedan känns som mindre betydelse. Kvalitén? Sjuksköterska NB

Mycket tveksam till ekonomisk ersättning för vissa åtgärder. Det motverkar sitt syfte, tveksam journalhantering, och tveksamt om det leder till bättre hälsa och mindre sjukdom. Ta bort det och stärk professionerna i hälsofrämjande synsätt, lita sedan på att professionen gör jobbet, som med allt annat vi gör kring hälsa och sjukvård. Lita på oss vi vill göra bra jobb. Att något journalförs är ingen garanti för någonting - mer än att vi kan hämta ut ekonomisk ersättning. Läkare NB

Tabell 12. Uppfattningar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

	Jag är väl insatt i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	Jag tycker inte att Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder behövs	På min HC finns ett motstånd mot införande av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	På min HC använder vi Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som stöd i arbetet	HC's arbete har gynnats av införandet av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
Kalmar					
Chef	33	11	11	44	28
Medarbetare tot	43	16	2	61	41
Läkare	36	27	0	59	18
Sjuksköterska	47	11	2	62	52
Uppsala					
Chef	60	20	10	80	50
Medarbetare tot	57	19	4	53	28
Läkare	50	12	0	12	0
Sjuksköterska	60	23	7	57	34
Sjukgymnast	56	11	0	78	33
Västernorrland					
Chef	41	6	6	59	38
Medarbetare tot	33	14	6	42	27
Läkare	17	23	7	27	13
Sjuksköterska	40	9	0	49	33
Sjukgymnast	50	6	19	56	44
Norrbottn					
Chef	71	18	12	76	12
Medarbetare tot	44	19	17	50	28
Läkare	56	33	33	56	11
Sjuksköterska	48	22	11	48	52
Sjukgymnast	26	0	10	47	10

Tabell 13. Uppfattningar om hälsocentralens arbete med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

	På min HC anser jag/vi det vara viktigt att arbeta med att främja goda levnadsvanor hos patienterna	På min HC finns ett motstånd mot att främja goda levnadsvanor hos patienterna	På min HC finns drivkrafter för att arbeta med att främja goda levnadsvanor hos patienterna	¹ Jag tycker det känns meningsfullt att arbeta med att främja goda levnadsvanor hos patienterna	¹ Jag känner mig tvingad att arbeta med att främja goda levnadsvanor hos patienterna
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
Kalmar					
Chef	83	6	78	-	-
Medarbetare tot	85	3	84	88	3
Läkare	77	0	82	73	10
Sjuksköterska	89	4	84	96	0
Uppsala					
Chef	100	20	90	-	-
Medarbetare tot	85	6	79	92	4
Läkare	88	12	88	75	0
Sjuksköterska	87	3	77	97	0
Sjukgymnast	78	11	78	89	22
Västernorrland					
Chef	100	6	94	-	-
Medarbetare tot	90	5	82	91	20
Läkare	90	10	77	87	30
Sjuksköterska	91	3	89	97	11
Sjukgymnast	88	0	75	88	19
Norrbottn					
Chef	100	6	82	-	-
Medarbetare tot	80	16	75	91	17
Läkare	89	22	83	89	50
Sjuksköterska	74	15	67	89	0
Sjukgymnast	78	10	79	95	10

¹Frågan ställd till medarbetare

Tabell 14. Uppfattningar om hälsocentralens arbete med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

	På min HC arbetar vi i hög utsträckning med att främja goda levnadsvanor hos patienterna	² På min HC arbetar vi med att främja goda levnadsvanor hos patienterna i den utsträckning vi önskar	¹ Jag arbetar med att främja goda levnadsvanor hos patienterna i den utsträckning jag önskar	² På min HC arbetar vi med att främja goda levnadsvanor hos patienterna på det sätt vi önskar	¹ På min HC arbetar vi med att främja goda levnadsvanor hos patienterna på relevant sätt	¹ Jag arbetar med att främja goda levnadsvanor hos patienterna på relevant sätt
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
Kalmar						
Chef	78	67	-	78	-	-
Medarbetare tot	60	-	75	-	66	79
Läkare	55	-	73	-	80	73
Sjuksköterska	62	-	76	-	60	82
Uppsala						
Chef	70	50	-	50	-	-
Medarbetare tot	45	-	53	-	45	60
Läkare	50	-	62	-	62	62
Sjuksköterska	43	-	50	-	43	60
Sjukgymnast	44		56	-	33	56
Västernorrland						
Chef	71	47		53	-	-
Medarbetare tot	60	-	68	-	51	76
Läkare	53	-	60	-	33	70
Sjuksköterska	60	-	71	-	63	77
Sjukgymnast	75	-	75	-	56	88
Norrbottn						
Chef	65	41	-	24	-	-
Medarbetare tot	64	-	62	-	45	73
Läkare	83	-	83	-	44	78
Sjuksköterska	63	-	44	-	52	63
Sjukgymnast	47	-	68	-	37	84

¹ Frågan ställd till medarbetare, ² Frågan ställd till chefer

Tabell 15. Uppfattningar om stödjande/underlättande faktorer på hälsocentralen för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

	På min HC finns tydliga rutiner för arbetet med att främja goda levnadsvanor	På min HC finns tydliga mål för arbetet med att främja goda levnadsvanor	På min HC har vi kunnat/kan vi påverka på vilket sätt vi vill arbeta med att främja goda levnadsvanor	¹ På min HC finns ett gott stöd från ledningen när det gäller arbetet med att främja goda levnadsvanor	På min HC finns ett gott stöd från landstinget när det gäller arbetet med att främja goda levnadsvanor	² Vi får god återkoppling från landstinget när det gäller HC's arbete med att främja goda levnadsvanor
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
Kalmar						
Chef	72	67	67	-	56	17
Medarbetare tot	75	57	58	70	39	-
Läkare	77	50	48	64	38	-
Sjuksköterska	73	60	62	73	40	-
Uppsala						
Chef	70	70	50	-	70	30
Medarbetare tot	43	39	40	51	30	-
Läkare	38	38	75	50	25	-
Sjuksköterska	43	40	33	50	23	-
Sjukgymnast	44	38	33	56	56	-
Västernorrland						
Chef	76	82	47	-	65	76
Medarbetare tot	74	66	33	67	37	-
Läkare	70	59	20	60	13	-
Sjuksköterska	80	69	46	69	54	-
Sjukgymnast	68	75	31	75	44	-
Norrbottn						
Chef	94	71	47	-	29	53
Medarbetare tot	56	50	33	59	39	-
Läkare	78	50	39	78	28	-
Sjuksköterska	56	56	30	48	33	-
Sjukgymnast	37	42	32	58	58	-

¹Frågan ställd till medarbetare. ² Frågan ställd till chefer

Tabell 16. Uppfattningar om stödjande/underlättande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

	Jag/ medarbetarna har god kompetens i samtalsmetodik % instämmer	Jag/ medarbetarna har god ämneskunskap kring levnadsvanor % instämmer
Kalmar		
Chef	67	78
Medarbetare tot	62	71
Läkare	62	76
Sjuksköterska	62	69
Uppsala		
Chef	80	60
Medarbetare tot	57	78
Läkare	62	71
Sjuksköterska	57	83
Sjukgymnast	56	67
Västernorrland		
Chef	59	71
Medarbetare tot	59	83
Läkare	67	87
Sjuksköterska	46	77
Sjukgymnast	75	88
Norrbotten		
Chef	94	88
Medarbetare tot	73	73
Läkare	83	78
Sjuksköterska	78	74
Sjukgymnast	58	68

Tabell 17. Uppfattningar om dokumentationsstöd när det gäller arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

	Det finns bra stöd i journalsystemet när det gäller dokumentation av patienternas levnadsvanor	...när det gäller dokumentation av insatta åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor	... när det gäller dokumentation av resultat av insatta åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor	Vi/ medarbetarna arbetar i större omfattning med att främja goda levnadsvanor hos patienterna än vad som dokumenteras i journalsystemet	Det är lätt att få ut relevanta data från journalsystemet när det gäller HC's arbete med att främja goda levnadsvanor
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
Kalmar					
Chef	33	28	17	67	0
Medarbetare tot	64	48	33	63	21
Läkare	41	33	9	77	4
Sjuksköterska	76	56	44	56	29
Uppsala					
Chef	40	30	10	70	10
Medarbetare tot	38	32	19	62	8
Läkare	25	12	12	88	0
Sjuksköterska	40	37	20	57	13
Sjukgymnast	44	33	22	56	0
Västernorrland					
Chef	47	35	29	82	35
Medarbetare tot	51	38	32	72	28
Läkare	30	17	13	80	13
Sjuksköterska	66	49	43	74	34
Sjukgymnast	56	56	44	50	44
Norrbotten					
Chef	59	59	53	88	53
Medarbetare tot	62	55	25	69	16
Läkare	39	33	17	100	17
Sjuksköterska	67	48	22	41	22
Sjukgymnast	79	84	37	79	5

Tabell 17. Uppfattningar om ekonomiska incitament kopplat till sjukdomsförebyggande arbete

	¹ Jag är inte insatt i ekonomiskt ersättningssystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete	På HC är ekonomisk ersättning kopplad till sjukdomsförebyggande arbete en förutsättning för att arbetet ska prioriteras	På HC styrs inriktningen på det sjukdomsförebyggande arbetet av det ekonomiska ersättningssystemet	Om den ekonomiska ersättningen tas bort kommer vi inte att arbeta sjukdomsförebyggande i den utsträckning vi gör idag på HC	Ersättningen vi får uppmuntrar till kvalitet i arbetet	Ersättningen vi får uppmuntrar till kvantitet, dvs. ju fler åtgärder desto bättre för HC's ekonomi	Jag ser fler fördelar än nackdelar med det ekonomiska ersättningssystem vi har kopplat till sjukdomsförebyggande arbete på HC
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
Kalmar							
Chef	-	28	22	0	28	22	28
Medarbetare tot	35	30	23	32	23	29	24
Läkare	43	36	14	19	14	33	18
Sjuksköterska	31	27	27	38	27	27	27
Uppsala							
Chef	-	20	20	20	10	20	20
Medarbetare tot	32	30	23	26	11	21	13
Läkare	38	25	25	12	0	12	0
Sjuksköterska	27	33	27	33	13	23	13
Sjukgymnast	44	22	11	11	11	22	22
Västernorrland							
Chef	-	82	76	59	59	76	65
Medarbetare tot	10	68	64	36	28	65	30
Läkare	7	47	70	43	20	67	20
Sjuksköterska	14	80	60	17	31	57	31
Sjukgymnast	6	81	62	62	38	81	44
Norrbottn							
Chef	-	59	24	29	24	47	24
Medarbetare tot	8	42	47	22	16	58	28
Läkare	6	33	44	17	0	50	11
Sjuksköterska	7	48	48	22	26	59	41
Sjukgymnast	10	42	47	26	16	63	26

¹ Frågan ställd till medarbetare

SAMMANFATTANDE

DISKUSSION

För att kunna generera kunskap om hur ekonomiska styrsystem bör utformas för att bidra till effektiv implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har dels en genomgång och beskrivning av landstingens regelverk för Vårdval 2013 gjorts, dels en fördjupad analys i fyra landsting där mer information hämtats genom dokumentanalys, intervjuer och enkätstudier. Den fördjupade analysen har även kompletterats med data från Nationella patientenkäten 2011 och 2013, samt statistikuppgifter från respektive landsting. Beskrivningen av regelverken för Vårdval 2013, med fokus på sjukdomsförebyggande uppdrag, ekonomiska styrsystem och uppföljningsindikatorer har presenterats i en delrapport [1].

Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Uppsala län, Västernorrlands läns landsting samt Norrbottens läns landsting valdes ut till den fördjupade analysen. Den ursprungliga tanken var att välja ut två landsting som kommit lite längre i implementeringen av riktlinjerna och två landsting som ”släpade” efter. Som underlag till urvalet skulle data från 2013-års Nationella patientenkät användas. Enkätstudien genomfördes under hösten 2013 men tyvärr fanns inga data tillgängliga förrän i mars 2014, vilket var för sent. Landstingen valdes därför ut utifrån olikheter i utformningen av ekonomiska incitament kopplade till sjukdomsförebyggande insatser och som ett försök att få viss geografisk spridning. Flera landsting var aktuella för urvalet men en gräns drogs vid fyra.

Enkätstudierna riktade till verksamhetschefer och medarbetare i primärvården var planerade att ske i samarbete med ett enkätföretag. Tanken var att de skulle genomföras som postenkäter, adresserade till medarbetarnas arbetsplatser. I sista stund drog sig företaget ur. En av orsakerna var svårigheten att ta fram aktuella anställningsuppgifter både för chefer och medarbetare. Istället fick webbenkäter användas. Nackdelen var svårigheterna att få tillgång till aktuella mailadresser, inte minst till medarbetarna. Med undantag av Uppsala var svarsfrekvensen acceptabel för cheferna (ca 50%). Förutom till landstingsanställda medarbetare i Västernorrland, gick utskicken till medarbetarna via cheferna. Det finns inga uppgifter på i vilken utsträckning cheferna vidarefördelade inbjudan att delta i enkätstudien så någon svarsfrekvens för medarbetarna har därmed inte gått att beräkna. Dessutom saknas uppgifter om antalet anställda. Svarsfrekvensen uppskattas dock vara låg vilket naturligtvis påverkar de slutsatser som kan dras.

UTFORMNING AV REGELVERK

Regelboken för hälsocentralerna (Förfrågningsunderlaget) utgör den centrala delen i landstingens styrning och organisering av primärvården. Regelboken i respektive landsting innehåller uppdragsbeskrivningar för den verksamhet som ska bedrivas samt regler och krav för hur vårdgivaren ska ersättas. I Riksrevisionens rapport slås fast att det i Sverige finns 21 Vårdvalssystem då man i de olika landstingen/regionerna valt olika modeller för att definiera vad primärvårdsuppdragen ska omfatta, samtidigt som det finns stora skillnader i utformning av ersättnings-system [14].

Samtliga landsting som ingår i den fördjupade fallstudien har i sina regelverk för det sjukdomsförebyggande arbetet specificerat att arbetet ska ske enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I Kalmar betonas att vårdenheten ska koordinera arbetet kring livsstilsrelaterade sjukdomar och man ska kunna visa på vilken kompetensutveckling medarbetarna fått

för att klara uppdraget. Även om man ska kunna erbjuda åtgärder riktade mot samtliga fyra levnadsvaneområden har man i uppdraget valt att fokusera på tobak och fysisk aktivitet. I uppdraget för Uppsala framgår att vårdgivaren 2014 ska skapa strukturella förutsättningar för det sjukdomsförebyggande arbetet och i första hand inrikta sig på de riskgrupper/sjukdomsgrupper som lyfts fram i riktlinjerna. Det ligger också i Vårdgivarens uppdrag att kvalitetssäkra registrering av levnadsvanor i journalen, arbetsrutiner och dokumentation av åtgärder samt effekter av insatta åtgärder för de fyra levnadsvanorna. Förutom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser riktade till patienter ska hälsocentralerna i Västernorrland och Norrbotten erbjuda hälsoundersökning/hälsosamtal riktade till befolkningen i aktuella åldersgrupper.

Landstingen har utifrån olika behov, mål och ideologier valt olika ersättningsmodeller kopplade till sjukdomsförebyggande insatser. Kalmar som har lång erfarenhet av ekonomiska incitament vill inte ha ett system med ”pinnar” utan man har valt en modell som ska stimulera ett arbetssätt på vårdenheten, ett arbetssätt som utgör en del av helheten. Det ska finnas ett innehåll. En fast ersättning (3%) som betalas ut månadsvis utgår till vårdenheter som certifierats som hälsocentraler enligt fastställda kriterier (”Hälsocentralskonceptet”). Det har också funnits en fast kvalitetsersättning kopplad till identifikation av tobaksbruk och FaR, men den togs bort 2013 pga. att verksamheterna riktade kritik mot ersättningen. Man ansåg att det inte fanns någon kvalitet bakom. Kalmar har istället valt att gå tillbaka till tanken om ”processmått” och har kopplat dessa pengar till socioekonomisk fördelning och uppföljning av det sjukdomsförebyggande arbetet; Finns det ett fungerande arbetssätt på vårdenheterna? En revisionsmall har utarbetats för att användas vid uppföljning/utvärdering.

I Uppsala finns en generell målrelaterad ersättning som utgör 5% av det belopp som utbetalas månadsvis i form av kapiteringsersättning. Om målen inte är uppfyllda vid årets slut görs procentuella avdrag på ersättningen. Fyra av målen är kopplade till hälsoinriktat arbete. Man har valt att ersätta registrerade åtgärder i form av kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk, rådgivande samtal om riskbruk av alkohol, rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet med tillägg FaR, samt kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor. Syftet med ersättningen är att få igång registrering med KVÅ-koder. Kravet för få behålla ersättningen kopplad till hälsoinriktat arbete är för närvarande mycket lågt satt.

I Västernorrland utgår för detta år en prestationsbaserad ersättning på totalt 19% där åtgärder inom folkhälsa utgör en del. Den prestationsbaserade ersättningen utgår från levnadsvanorna tobak, alkohol, fysisk aktivitet och övervikt/fetma där ”Identifikation, Åtgärd och Resultat” ska registreras i den så kallade Levnadsvaneanteckningen. Syftet med ersättningen är att stimulera ett förändrat arbetssätt där det sjukdomsförebyggande arbetet måste få större utrymme i vårdarbetet. Man vill stimulera till att fler tar upp frågan om levnadsvanor med patienterna, till fler åtgärder och i slutändan fler goda resultat.

I Norrbotten finns en fast och rörlig prestationsersättning kopplad till sjukdomsförebyggande arbete. Den fasta ersättningen består av en strukturersättning som inrättades 2012 med syfte att skapa incitament för att organisera en struktur/funktion på hälsocentralerna för det sjukdomsförebyggande arbetet och underlätta implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Ersättningen betalas ut i slutet av året under förutsättning att den upprättade handlingsplanen blivit godkänd. Den rörliga ersättningen betalas ut inom områdena tobak (dokumenterad identifikation och kvalificerad rådgivning) och fysisk aktivitet (dokumenterad identifikation, rådgivning med tillägg samt uppföljning). Syftet med att ersätta områdena tobak och fysisk aktivitet var att man ville uppmuntra de områden där det fanns mest erfarenhet, kompetens och fungerande arbetssätt.

UPPFATTNINGAR OM NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER/ ARBETET MED ATT FRÄMJA GODA LEVNADSVANOR HOS PATIENTERNA

Den kvalitativa intervjustudien med ”nyckelpersoner” visade på en övertygande positiv bild och ett behov av de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Det samlade intrycket är att riktlinjerna har gett stöd till och legitimitet åt det sjukdomsförebyggande arbetet i primärvården. Det har varit lätt att ”sälja in” riktlinjerna hos politiker och tjänstemän. Riktlinjerna är någonting man vill implementera i verksamheterna, inte bara i primärvården. Det framkom dock att det finns ett visst motstånd/vissa svårigheter då inte alla chefer på alla nivåer och inte all personal (ffa läkare) tagit till sig riktlinjerna. Orsaken till att verksamhetschefer och personal inte anammat riktlinjerna diskuteras längre fram. En negativ aspekt som riktlinjerna fört med sig är ökade krav på dokumentation/registrering vilket orsakat administrativt merarbete.

Enkätstudierna visade att en övervägande majoritet av de chefer och medarbetare som besvarat enkäten anser att man på hälsocentralerna tycker att det är viktigt att arbeta med att främja goda levnadsvanor hos patienterna och att en övervägande majoritet av medarbetarna anser att arbetet känns meningsfullt för dem personligen. Majoriteten av cheferna och medarbetarna ansåg också att riktlinjerna behövs. Bland medarbetarna ansåg läkarna i signifikant lägre utsträckning än sjuksköterskorna och sjukgymnasterna att riktlinjerna behövs och att hälsocentralens arbete gynnas av införandet. De bifogade kommentarerna illustrerar en koppling till styrning och ökade krav på dokumentation och registrering. Att diskutera levnadsvanor med patienterna ingår som en del av arbetet. Det gjorde man även innan riktlinjerna kom men utan styrning och krav på att det behövde dokumenteras/registreras. Uppfattningen om att hälsocentralen inte gynnas av införandet kan också vara kopplad till uppfattningen att riktlinjerna inte implementerats på ett evidensbaserat sätt i det egna landstinget samt till att det saknas praktiska förutsättningar till implementering. Flera bifogade kommentarer från verksamhetschefer och medarbetare visar på positiv inställning till riktlinjerna i sig, men att de ska klämmas in i befintlig verksamhet då det inte tillförts resurser. Att göra mer på befintlig tid leder till ökad press, stress och frustration.

Trots att en övervägande majoritet av läkarna är positivt inställda till levnadsvanearbete har 50% av läkarna i Norrbotten och 30% av läkarna i Västernorrland rapporterat att de känner sig tvingade att främja goda levnadsvanor. Vad detta tvång består av är inte fastställt men utifrån bifogade kommentarer finns det skäl att tro att känslan av tvång hänger ihop med styrningen från regelverk och ekonomiska incitament med tillhörande registrering: - det är en order som kommer ”uppfifrån”. Man vill själv kunna avgöra när det är relevant att ta upp frågan om levnadsvanor med patienten och när det är relevant att dokumentera insatser kopplade till levnadsvanor. I Norrbotten har det förekommit en debatt i media initierad av läkarna (Norrbottensuppropet) som baserats på hur de tolkat kraven på identifikation och registrering av patienters levnadsvanor och därtill kopplade ekonomiska incitament. Läkargruppen har också varit kritisk till införandet av Hälsoamtal till riktade åldersgrupper. Landstinget har på sin hemsida gått ut med klargöranden för att bemöta kritiken och reda ut rådande missuppfattningar.

INDIVIDUELLA OCH ORGANISATORISKA FAKTORER SOM PÅVERKAR VILJAN OCH MÖJLIGHETEN ATT ARBETA ENLIGT NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER

Många olika faktorer på olika nivåer (mikro, meso, makro) kan påverka implementeringsprocessers utfall, dvs. de förändringar som dessa processer leder till. Forskning som rör implementering har haft problem att identifiera specifika framgångsfaktorer vilket beror på att utfallet av processerna är ett resultat av en komplex interaktion mellan många olika faktorer. Det blir därför svårt att peka på vissa avgörande eller utslagsgivande faktorer. All

implementering sker dessutom i någon form av kontext. Det finns dock ändå ett värde i att försöka systematisera möjliga påverkande faktorer för att försöka förstå implementeringsprocessernas utfall. [6]

Vägen till en lyckosam implementering av riktlinjerna i primärvården i de fyra landstingen har varit och är olika lång. Den kortaste vägen att gå har sannolikt Kalmar. I och med att Hälso-centralskonceptet fanns innan riktlinjerna lanserades, fanns redan uppbyggda strukturer och en uppbyggd kompetens för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Utifrån resultatet av intervjustudien och enkätstudierna kan man dra slutsatsen att Norrbotten har stått inför den största utmaningen.

Intervjustudien visade att det finns en positiv inställning till riktlinjerna i landstingen. Folkhälso- och utvecklingsenheter har fått i uppdrag att vara ett stöd för hälsocentralerna i implementeringsarbetet. Sammantaget är många aktörer involverade och man använder sig av flera olika strategier. Flertalet aktiviteter har genomförts och/eller pågår, som exempelvis information, utbildning, coachning av chefer, verksamhetsnära stöd och återkoppling av resultat. I intervjustudien diskuterades en mängd faktorer och strategier på olika nivåer i organisationen som kan underlätta alternativt hindra implementeringsprocessen. Faktorer/strategier som diskuterades var exempelvis intresse och kunskap hos politiker och tjänstemän, uppdragsformuleringar, ersättningssystem, kommunikationsstrategier, betydelsen av ett stödjande ledarskap och metoder för förbättringsarbete, fungerande dokumentationsrutiner och kompetens hos vårdpersonalen. Flera av informanterna som jobbar nära verksamheterna påpekade att det handlar om att få alla pusselbitar på plats för att det ska fungera. Var och en räcker inte pusselbitarna till för att det ska bli "verkstad". På individnivå lyftes särskilt "pusselbiten" kunskap/kompetens. Det betonades hur viktigt det är att både chefer och medarbetare har kunskap om riktlinjerna, om metoder kopplade till levnadsvanearbetet och om förbättringsarbete, samt kunskap om dokumentationsrutiner. På hälsocentralsnivå lyftes betydelsen av eldsjäl, nyckelpersoner med specialuppdrag, stödjande ledarskap, teamarbete, fungerande smidigt dokumentationsstöd, verksamhetsnära stöd och återkoppling av resultat. Det som slutligen avgör om det blir verkstad eller inte är om man på hälsocentralen lyckas skapa en struktur och rutiner för hur man ska arbeta med att främja levnadsvanor hos patienterna. En av informanterna påpekade att all personal inte är trygg med att ta upp frågan om levnadsvanor med patienterna, det är fortfarande lång väg att gå. Hon menade att det största hindret är att man inte vet vad man ska göra med svaret man får. En uppbyggd struktur för levnadsvanearbetet tydliggör flödena, dvs. vem som ska göra vad och när. Ett annat hinder som också lyftes i intervjustudien är arbetsbelastningen i primärvården. Även om det finns en uppbyggd struktur på hälsocentralerna är det inte säkert att det förebyggande arbetet prioriteras. Flera informanter vittnade om svårigheterna att få verksamheterna att prioritera levnadsvanearbetet.

I enkäten begränsades antalet frågor om faktorer som kan antas påverka implementeringsprocessens utfall för att om möjligt inte påverka svarsfrekvensen negativt. Enkäten gör därför inte anspråk på att försöka fånga alla faktorer av betydelse. Det finns flera faktorer på hälsocentralsnivå som inte belysts som exempelvis har med organisationskultur och lärande att göra. Det ställdes heller inga frågor om betydelsen av resurser och tid. Erfarenheter från tidigare utförda studier visar att önskemål om mer resurser och tid alltid kommer upp på ett eller annat sätt.

Enkätstudierna visar generellt på en god kompetens hos medarbetarna både vad gäller kunskap relaterad till levnadsvanor och samtalsmetodik.

Vikten av att på hälsocentralerna utarbeta rutiner för hur man ska arbeta med levnadsvanorna lyftes av informanterna i samtliga landsting och frågan om rutiner fanns också med i enkäterna. I Norrbotten där man kopplat ekonomisk ersättning till upprättande av en handlingsplan för sjukdomsförebyggande arbete ansåg 94% av cheferna att man på hälsocentralerna har tydliga rutiner för levnadsvanearbetet jämfört med ca 70% av övriga chefer. Dock höll inte

medarbetarna i Norrbotten i samma utsträckning med om att det finns tydliga rutiner. Det var drygt hälften av medarbetarna som instämde i påståendet.

I Kalmar ansåg både chefer och medarbetare i signifikant högre utsträckning att man kunnat påverka hur man vill arbeta med att främja goda levnadsvanor hos patienterna. Som en följd av detta ansåg de också i signifikant högre utsträckning att man på hälsocentralen främjar goda levnadsvanor hos patienterna på ett önskat/relevant sätt.

Cheferna i Norrbotten upplevde i signifikant lägre utsträckning att de har ett gott stöd från landstinget när det gäller levnadsvanearbetet. Vad detta beror på är oklart. Av intervjustudien framgick att man arbetar aktivt med att stödja verksamheterna och cheferna och vid behov gör verksamhetsbesök. En förklaring kan vara att man i Norrbotten genomfört stora förändringar på kort tid med införande av hälsosamtal till 30-, 40-, 50- och 60-åringar och att detta kanske känns övermäktigt att hantera.

När det gäller påståendena om dokumentationsstöd i enkäterna fanns flera signifikanta skillnader relaterade till landsting och/eller yrke. Generellt var medarbetarna i Uppsala minst nöjda och av yrkesgrupperna var läkarna generellt mer missnöjda än övriga yrkesgrupper. Ingen chef i Kalmar ansåg att det är lätt att få ut relevanta data från journalsystemet när det gäller hälsocentralens levnadsvanearbete och de får också i lägst utsträckning god återkoppling från landstinget. Problemen med att få ut relevanta data lyftes under intervjuerna. Väldigt mycket tid har ägnats åt att få till fungerande system. Majoriteten av cheferna och medarbetarna i landstingen är av den åsikten att man på hälsocentralerna arbetar i större omfattning med att främja goda levnadsvanor hos patienterna än vad som dokumenteras i journalsystemen. Många av de bifogade kommentarerna handlade om problem med dokumentationen, att journalsystemet inte är ett stöd, att det är krångligt, att dokumentationen är omfattande och tar tid från patientarbetet.

Av de i enkäterna bifogade kommentarerna att döma är de största upplevda hindren hos chefer och medarbetare för levnadsvanearbetet brist på resurser/tid och konkurrerande uppdrag. Låg bemanning i förhållande till de sammanlagda kraven leder till att det förebyggande arbetet får komma i andra hand. Det fanns ett stort antal kommentarer som visade på att bristen på resurser kan leda till ett motstånd mot levnadsvanearbetet trots att man i grunden är positiv till arbetet. Kommentarer uttrycker att man inte har bemanning/kapacitet att ta hand om det grundläggande arbetet med alla äldre och sjuka och att det blir svårt att också "klämma in" förebyggande arbete. Att då ha ett ersättningssystem som "tvingar" en att ändå främja goda levnadsvanor kan då av vissa betraktas som en sporre medan det för andra får motsatt effekt.

Andra upplevda hinder är känslan av tvång såsom att "tvingas" fråga patienten om dennes levnadsvanor oavsett om man bedömer det relevant eller inte (kommenterades framför allt av deltagare från Västernorrland) och att tvingas registrera levnadsvanor och levnadsvanearbetet oavsett om man anser det nödvändigt eller inte. En av deltagarna i intervjustudien hävdade bestämt att ordet registrera borde tas bort från vokabulären pga. att ordet i sig skapar ett onödigt motstånd. Istället ska man prata om dokumentation i samband med vårdprocessen. Det ska vara för patientens skull man dokumenterar.

BETYDELSEN AV EKONOMISKA INCITAMENT

Det blir allt vanligare att styra hälso- och sjukvården (vårdgivarnas beteende) med ekonomiska incitament. Men ekonomiska incitament kan inte stå på egna ben. Som en av informanterna i intervjustudien så tydligt uttryckte det så innebär ett ekonomiskt incitament inte automatiskt att någonting händer, att man blir bra på att göra det man är dålig på att göra. Det finns en rad faktorer som både kan påverka implementeringsprocessen av riktlinjerna och hur bra ett ersättningssystem kommer att fungera i praktiken.

I intervjustudien diskuterades för och nackdelar med ekonomiska incitament generellt och mer specifikt relaterat till olika modeller utifrån egna erfarenheter (se sammanfattning i tabell 9). Generellt sades att oavsett vilken typ av modell man valt att koppla till det sjukdomsförebyggande arbetet så är det positiva att arbetet synliggörs i organisationen då det är någonting som måste följas upp.

Landstingens val av olika ersättningsmodeller kopplade till sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete tjänar delvis olika syften. I Kalmar fortsätter man med sin fasta ersättning för certifiering till hälsocentral men man har utifrån personalens synpunkter valt att ta bort kvalitetersättningen kopplad till FaR och journalanteckning om tobaksbruk och istället valt att dels fördela pengarna utifrån ett socio-ekonomiskt behovsindex och dels koppla pengarna till uppföljning/utvärdering. I Uppsala har man en modell för målrelaterad ersättning som gäller för samtliga kvalitetsindikatorer. Kravställen för de fyra mål som är kopplade till häsoinriktat arbete är för närvarande mycket låg och håller på att ses över. I Västernorrland håller man fast vid sin rörliga prestationsersättning kopplad till identifikation, åtgärd och resultat, men kommer i framtiden att omfördela pengarna inom modellen. Norrbotten tror starkt på att deras valda strukturersättning kopplad till hälsocentralernas upprättande av en handlingsplan på sikt kommer att vara en framgångsfaktor för det hälsoinriktade arbetet.

Chefernas svar på enkätfrågorna om ekonomiska incitament indikerar att man i Västernorrland har det starkaste incitamentet till att arbeta enligt riktlinjerna (pengarna styr). Cheferna i Västernorrland har i signifikant större utsträckning rapporterat att inriktningen på levnadsvanearbetet styrs av ersättningssystemet, att ersättningen uppmuntrar till kvalitet - och att ersättningen uppmuntrar till kvantitet (produktion) i arbetet. De har också i störst utsträckning rapporterat att man ser fler fördelar än nackdelar med ersättningssystemet som är kopplat till sjukdomsförebyggande arbete. Medarbetarna var dock inte lika positiva som cheferna. Medan 59% av cheferna ansåg att ersättningen uppmuntrar till kvalitet i levnadsvanearbetet så var det bara 28% av medarbetarna som höll med om det, och jämfört med 65% av cheferna, så var det bara 30% av medarbetarna som såg mer fördelar än nackdelar med det ekonomiska ersättningssystemet. Både cheferna och medarbetarna i Västernorrland har i signifikant högre utsträckning än sina kollegor i de andra landstingen uppgett att ersättningen är en förutsättning för att levnadsvanearbetet ska prioriteras samt att om ersättningen tas bort kommer man inte att arbeta med att främja goda levnadsvanor i samma utsträckning som man gör idag. Detta kan jämföras med Kalmar där ingen chef instämde i påståendet att man kommer att arbeta mindre med främjandet av goda levnadsvanor om ersättningen tas bort.

Uppsalas ersättningsmodell i form av fast målrelaterad ersättning kopplad till vite om kraven inte är uppfyllda vid årets slut bedöms vara det svagaste. Det skulle kunna utgöra ett starkt incitament under förutsättning att kraven skärps, vilket förmodligen kommer att ske nästa år. Det är dock viktigt att påpeka att motivet för ersättningen var att få igång registrering av åtgärder kopplade till levnadsvanor (KVÅ-koder) samt att man inte ville ha höga krav p.g.a att de privata hälsocentralerna inte har haft tillgång till samma implementeringsstöd som de offentliga. Den landstingsspecifika statistiken visar att dokumentationen av KVÅ-koder har kommit igång så på så vis har ersättningen ändå uppfyllt målet.

Generellt sett är läkarna i samtliga landsting mer missnöjda med ersättningssystemen kopplade till sjukdomsförebyggande arbete än sjuksköterskorna och sjukgymnasterna. Exempelvis är det ingen läkare i Norrbotten som ansåg att ersättningen uppmuntrar till kvalitet och bara 11% som ser fler fördelar än nackdelar med ersättningssystemet. De kommentarer som bifogats enkäterna illustrerar med tydlighet de upplevda orsakerna till detta.

I enkäterna fanns många kommentarer om ekonomiska incitament. Majoriteten av kommentarerna var skrivna av chefer och medarbetare från Västernorrland och Norrbotten. Några av kommentarerna visade på en positiv inställning till ekonomiska incitament kopplat till sjukdomsförebyggande arbete men de flesta kommentarerna illustrerade negativa uppfattningar och upplevelser.

LANDSTINGSSPECIFIK STATISTIK

Den landstingsspecifika statistiken gällande levnadsvanearbetet visar på en positiv utveckling i Kalmar, Uppsala och Västernorrland. I Västernorrland anser man att ersättningssystemet haft stor betydelse för den positiva utvecklingen i form av att fler patienter tillfrågas om sina levnadsvanor och att fler patienter med identifierad risk erbjuds åtgärder. I Norrbotten visar måttet förskrivning av FaR på en liten nedgång mellan 2012 och 2013, men förskrivningen ligger ändå på en betydligt högre nivå än exempelvis i Västernorrland. Sannolikt beror nedgången på att man 2013 ändrade förutsättningarna för ersättning då man kopplade den största delen till uppföljning av förskrivningen. Antalet registrerade tobaksavvänjningar minskade något mellan 2012 och 2013 men har ökat över tid från 2010 (2010 =438, 2013=782). När det gäller antalet journalförda åtgärder mot mat- och alkoholvanor 2013 finns inga data att jämföra med 2012. I Norrbotten har implementeringsprojektet bidragit till en anpassning av journalsystemet och man kan se en generell positiv utveckling när det gäller registrering av åtgärds-koder. Att göra jämförelser mellan landstingen är förenat med svårigheter då indikatorerna skiljer sig åt och delvis har förändrats under åren.

Den landstingsspecifika statistiken visar att trots att man har samma ersättningssystem kan det vara stora skillnader mellan hälsocentralerna i ett och samma landsting. Ett bevis på att ekonomiska incitament bara är en av många faktorer som kan förklara framgångsrik implementering av riktlinjerna. De förklaringar som gavs i intervjustudien till att vissa hälsocentraler ”släpar efter” är att de kan vara små mottagningar eller mottagningar med ofullständig bemanning som inte haft förmågan eller orken att skapa rutiner för levnadsvanearbetet, man har fullt upp med att ”hålla näsan ovanför vattenytan”. Det kan också handla om ett okunnigt och oförstående ledarskap, avsaknad av eldsjälar och teamarbete, att behoven i upptagningsområdena ser olika ut, samt att man genomfört stora förändringar på andra områden. Att man har olika förutsättningar på enheterna är något som man enligt informanterna måste visa stor respekt för och ta hänsyn till i utformningen av stödjande strategier.

FÖREKOMSTEN AV ”SAMTAL OM LEVNADSVANOR”

Det är osäkert om måttet ”antal samtal om levnadsvanor” med data hämtat från Nationella patientenkäten kan betraktas som ett mått på framgångsrik implementering av riktlinjerna, då vi inte vet någonting om samtalens längd, innehåll eller kvalitet. Men om man ändå betraktar måttet som en indikator på att någonting har hänt i verksamheterna har Kalmar och Västernorrland en procentuellt större utveckling mellan 2011 och 2013 jämfört med Uppsala och Norrbotten. Uppsala hade dock ett bra utgångsläge 2011 sett ur ett nationellt perspektiv och ligger fortfarande 1-3% (beroende på levnadsvana) över riksgenomsnittet. Kalmar har en ökning på 3-7% och Västernorrland 3-6 % beroende på levnadsvana. Både i Kalmar och Västernorrland har den procentuellt största ökningen skett av samtal om tobak och alkohol. Där ligger båda landstingen nu på 30% respektive 23%, vilket är 3 procentenheter över riksgenomsnittet

Nationellt sett är det Jönköping som visat på störst procentuella positiva förändring mellan 2011 och 2013. De framgångsfaktorer som lyfts fram av Jesper Ekberg, sektionschef Folkhälsa, angående Jönköping är:

- att man haft en ”lång resa” redan innan riktlinjerna kom, man var redan igång med levnadsvanearbetet.
- lång erfarenhet av tobaksarbete, diplomering sedan 2006.
- plattformen ”Fakta” som utgör ett stöd för personalen i det hälsofrämjande/ sjukdomsförebyggande arbetet

- en kultur med flexibilitet och ”høgt i tak” som gör det möjligt att prova sig fram på några vårdcentraler innan beslut om spridning tas
- enkel dialog genom den Medicinska programgruppen där verksamhetschefer för offentliga och privata vårdcentraler ingår.
- Kultorum, landstingets centrum för utveckling och förbättringsarbete, som ger verksamheterna stöd och hjälp för ändrat arbetssätt.

När det gäller betydelsen av den ekonomiska ersättningsmodell man kopplat till sjukdomsförebyggande arbete i Jönköping (ersättning för dokumentation av levnadsvanor) råder viss tveksamhet enligt Ekberg. Den anses ha betydelse för att få med ”svansen”, dvs. de hälsocentraler som presterar sämst. Variationen mellan högst och lägst presterande vårdcentraler har minskat. Däremot verkar det ekonomiska incitamentet ha tufsats till värdegrunden på så sätt att det finns en risk för en förskjutning ifrån en helhetssyn på patienten och dennes behov (inre motivation) till att pengarna styr (yttre motivation). (Personlig kommunikation, 2014-09-10, 2014-10-20, Jesper Ekberg, sektionschef Folkhälsa)

Socialstyrelsen önskar få svar på hur sambanden ser ut mellan utformning av regelverk och samtal om levnadsvanor som indikator på framgångsrik implementering av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder? Frågan är svår att svara på utifrån två skäl. För det första finns ingen information om vad samtalen har innehållit. Vi vet inte i vilken utsträckning det handlat om att man har tagit upp frågan om levnadsvanor i syfte att identifiera och ev. registrera dessa, eller om samtalen också innefattat åtgärder i form av rådgivning/kvalificerad rådgivning enligt riktlinjerna. Det andra skälet är att det finns många faktorer som inte utgör en del av regelverket som kan påverka utfallet av en implementeringsprocess i positiv eller negativ riktning. Nilsen [3] påpekar att forskare behöver ta hänsyn till ett komplext samspel mellan många olika faktorer på olika nivåer för att tillfredsställande kunna förstå och analysera implementeringsprocesser och deras utfall. Vårdgivare existerar inte ett vakuum. Att tänka bort kontexten reducerar forskningens komplexitet men ger sämre förklaringsförmåga.

SLUTKOMMENTAR

Samtliga landsting som ingick i den fördjupade studien har i sina uppdrag att implementera och arbeta i enlighet med Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vägen dit har varit och är olika lång. Den kortaste vägen att gå har sannolikt Kalmar. I och med Hälsocentralskonceptet fanns redan en uppbyggd kompetens och uppbyggda strukturer för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Utifrån resultatet av intervjuerna med nyckelpersoner och enkätstudierna riktade till chefer och medarbetare kan man anta att Norrbotten har stått inför den största utmaningen. Men oavsett hur långt man kommit i implementeringen i respektive landsting så visar den landstingsspecifika statistiken att det är stor variation mellan de hälsocentraler som presterar ”sämst” och ”bäst” när det gäller levnadsvanearbetet. Att stödja de hälsocentraler som ligger i ”botten” är därför en fortsatt angelägenhet för samtliga landsting.

Enkätstudierna visar att det kan vara större skillnader i uppfattningar mellan chefer och olika professioner inom ett och samma landsting än vad det är generellt mellan landstingen. Man kan också se att det inom vissa områden generellt sett finns en tydlig skillnad i uppfattningar mellan läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Text anser sjuksköterskorna i större utsträckning att arbetet på hälsocentralerna gynnas av införandet av riktlinjerna än vad läkarna och sjukgymnasterna anser. En lyhördhet för skilda uppfattningar, behov och förutsättningar, - inte bara mellan olika hälsocentraler, utan också mellan chefer och olika yrkesgrupper, - är en nödvändighet för en lyckad implementering av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

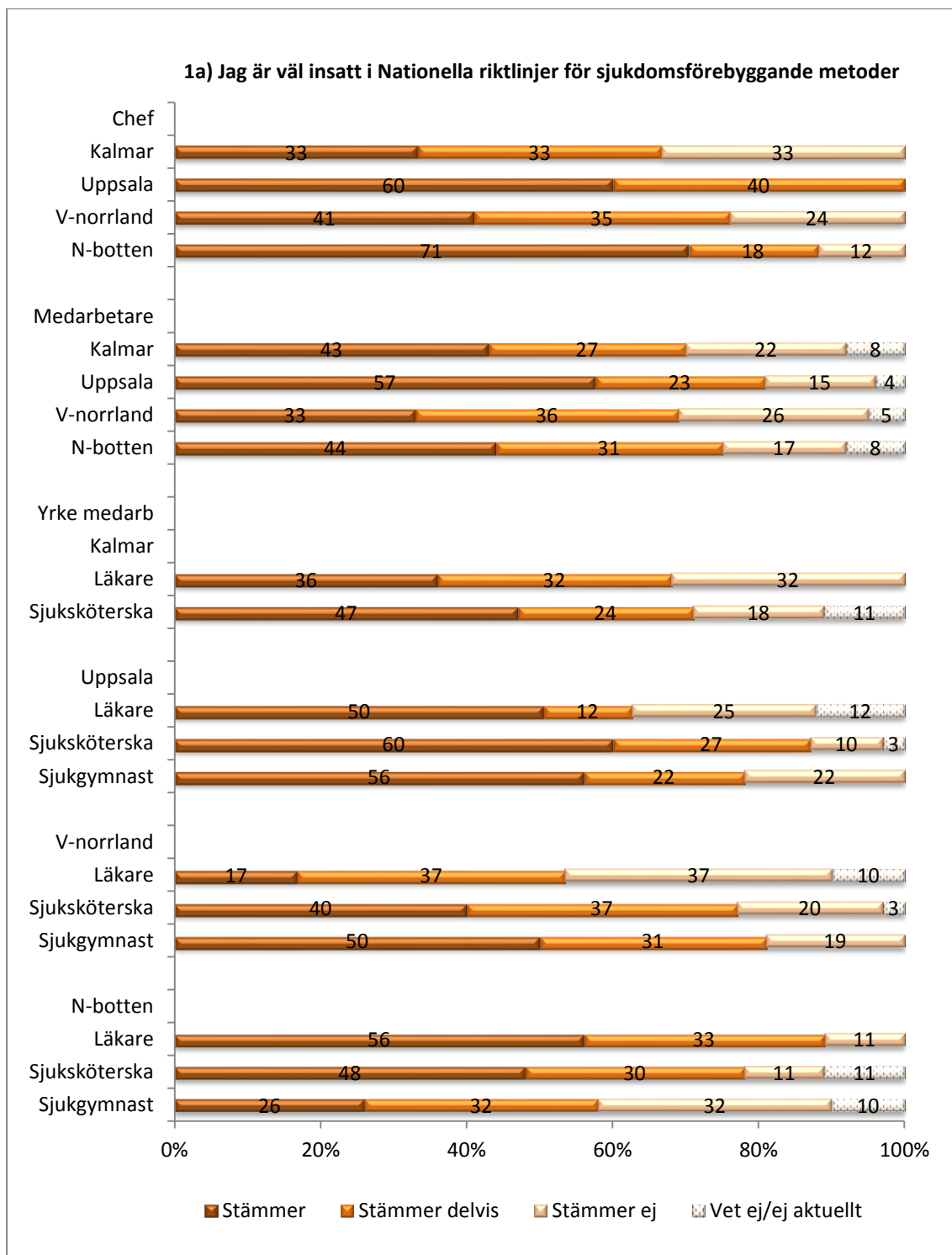
Landstingens val av olika ersättningsmodeller kopplade till sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete tjänar delvis olika syften. Den här studien kan inte ge svar på om det finns något optimalt ersättningssystem för att implementera Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Svaret är väl snarare att något sådant inte finns. Att ersättningssystem kan ha stor betydelse råder det väl däremot inga tvivel om, inte heller att ekonomiska incitament också har en baksida. Om man nu anser att det är viktigt att styra med pengar ligger nog framgången i att anpassa ersättningssystemet till de behov och mål som finns, och att ha ett långsiktigt tänkande och en tydlighet gentemot verksamheterna om avsikten med incitamentet. Till detta måste det också finnas ett kontextuellt skräddarsytt implementeringsstöd. Som en av informanterna uttryckte det så är det många pusselbitar som ska falla på plats. Dessutom pekar studien på att yrkesgrupperna har olika attityder till och reagerar olika på ekonomiska incitament. Man bör därför ta hänsyn till hur ersättningsmodellen kan samverka med eller motverka andra drivkrafter. Den här studien indikerar en risk för att vårdpersonalen, inte minst läkargruppen upplever minskad autonomi och minskad tillfredsställelse om man, i ersättningssystem som fokuserar prestationsersättning, känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer. Den inre motivationen, dvs. den egna drivkraften som bygger på känslor av meningsfullhet och tillfredsställelse av att utföra en viss aktivitet, kan undermineras av den insyn och kontroll som en ersättningsprincip (yttre motivation) medför [10].

REFERENSER

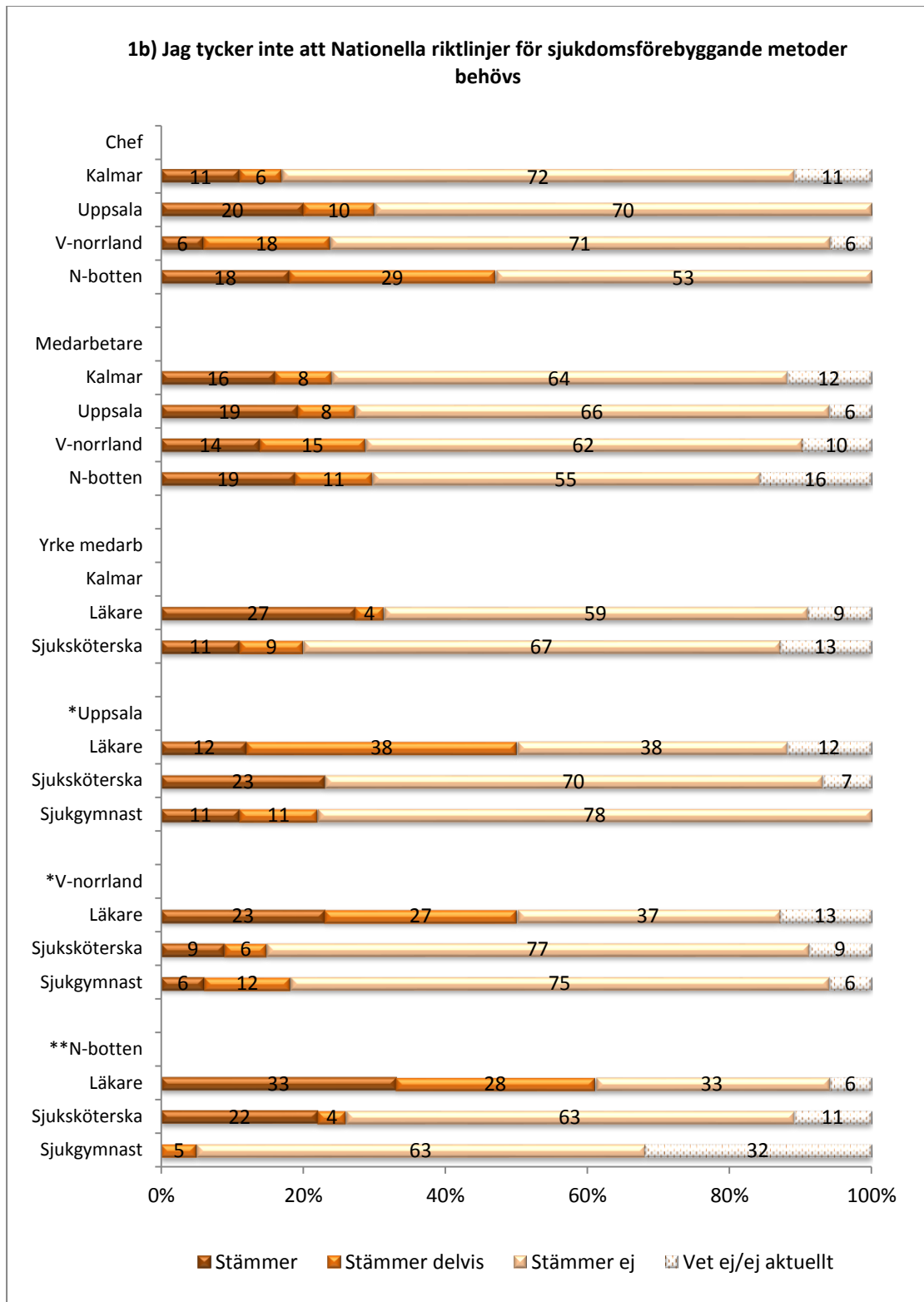
1. Johansson H. Ekonomiska styrsystem och sjukdomsförebyggande insatser i primärvården. En sammanställning av landstingens/regionernas regelverk för år 2013. Public Health Report series 2014:01.
2. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication # 231), 2005
3. Nilsen P. Inledning. I Nilsen P (red.) *Implementering, Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 2010: 17-25.
4. Gulbrandsson K. Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. En forskningssammanställning. Statens folkhälsoinstitut, 2007:20.
5. Kardakis T, Sundberg L, Nyström M.E, Garvare R, Weinehall L. Utveckling av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården – en litteraturöversikt. Public Health Report Series 2011:1
6. Nilsen P, Roback K, Krevers B. Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk. I: Nilsen P (red.). *Implementering, Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 2010: 71-90.
7. Lindgren P. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. SNS Förlag, 2014.
8. Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. CMT rapport 2007:2
9. Kastberg G, Siverbo S. Activity-based financing of healthcare—experiences from Sweden. *Int J Health Plann Mgmt*. 2007; 22: 5-44.
10. Frey B.S, Osterloh M. Motivation – A dual-edged factor of production. I: Frey B.S, Osterloh M (red.). *Successful management by motivation*. Berlin-Heidelberg, Germany: Springer; 2002: 5-26.
11. Sveriges kommuner och landsting. Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården. En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter. Stockholm.
12. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004;24:105-112
13. Kardakis T, Weinehall L, Jerdén L, Nyström M, Johansson H. Lifestyle interventions in primary health care: Professional and organizational challenges. *Eur J Public Health*. 2014; 24:79-84
14. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RIR 2014:22

BILAGA

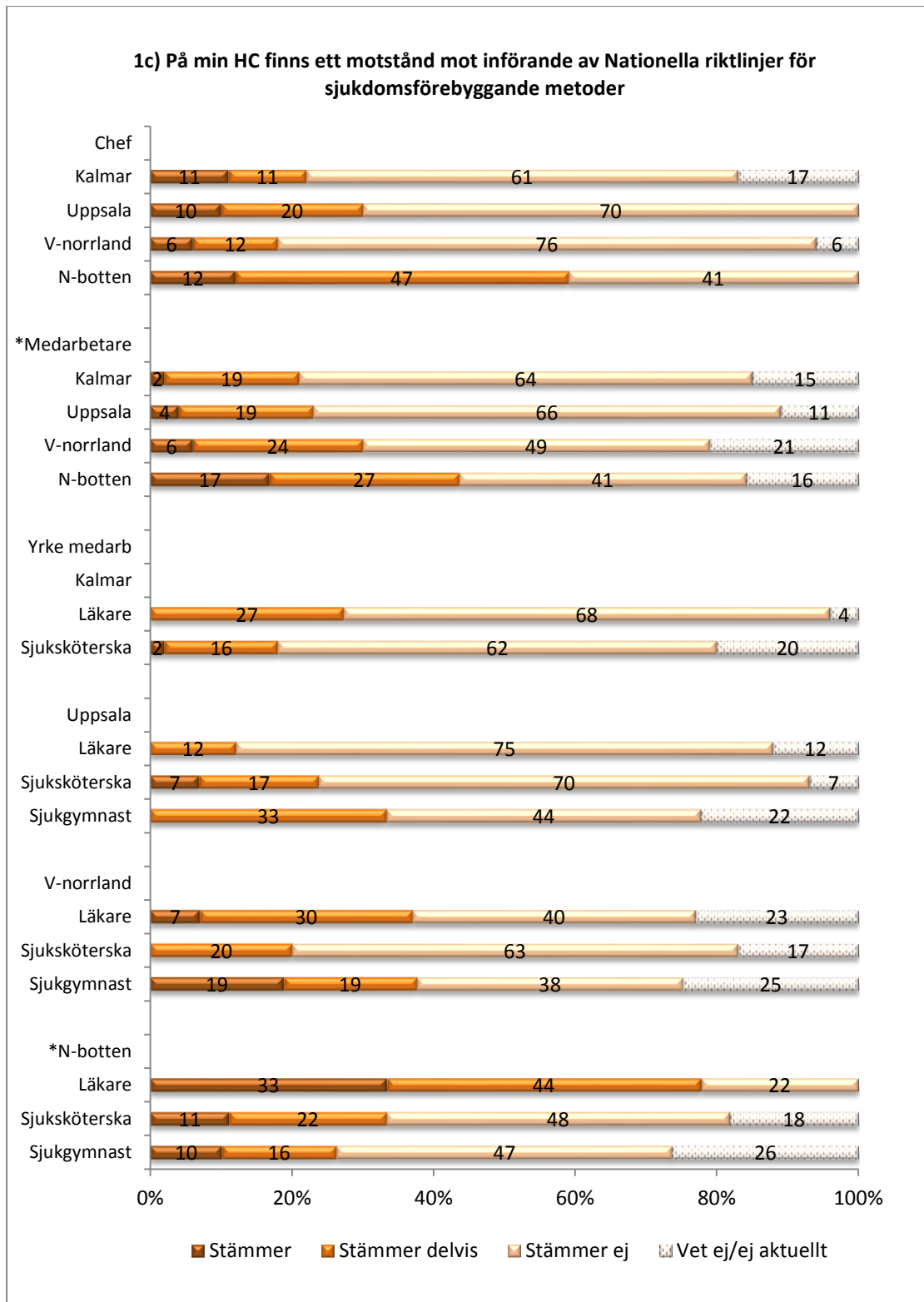
1. UPPFATTNINGAR OM NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER



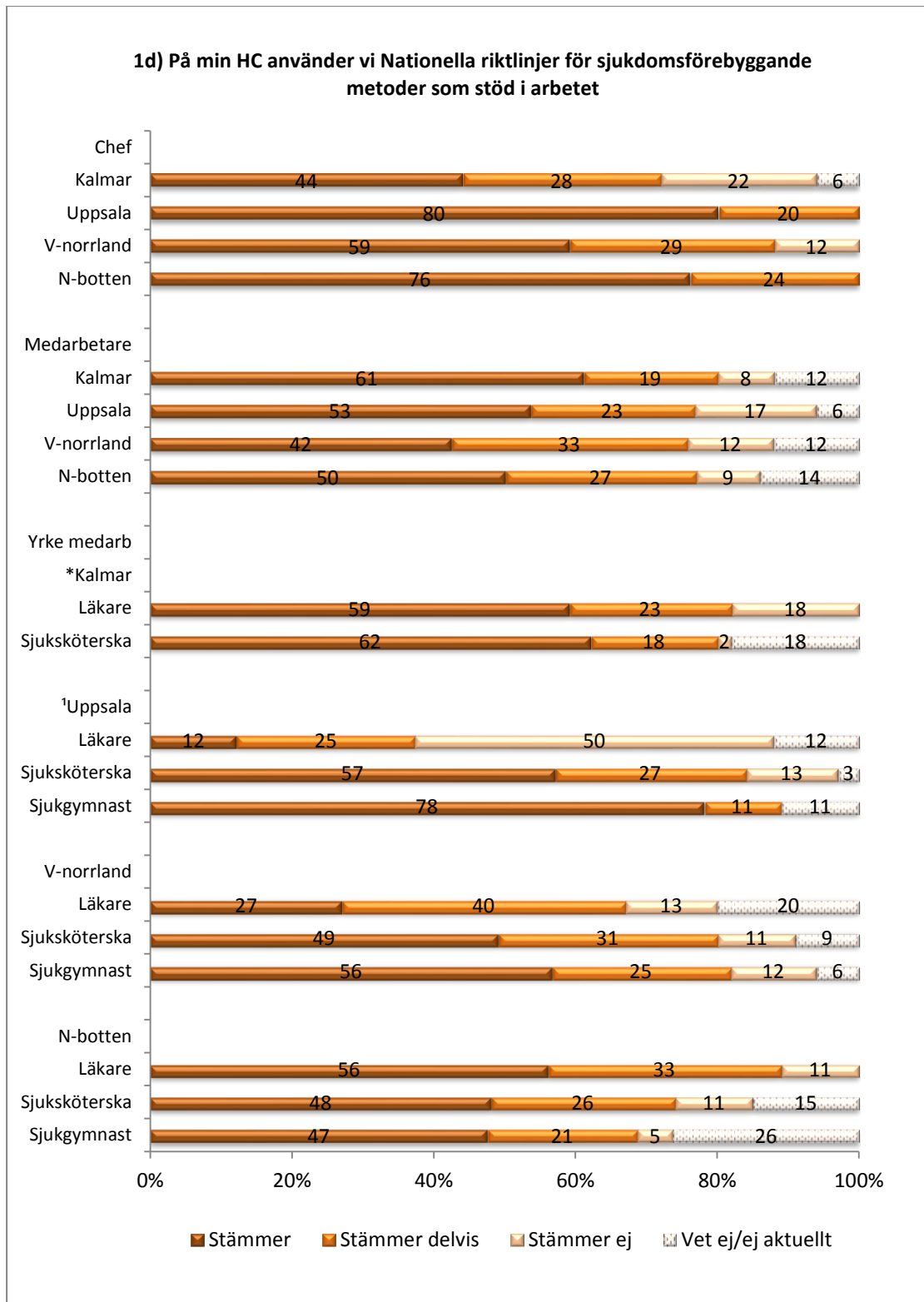
Figur 1a. Uppfattningar om nationella riktlinjer (%)



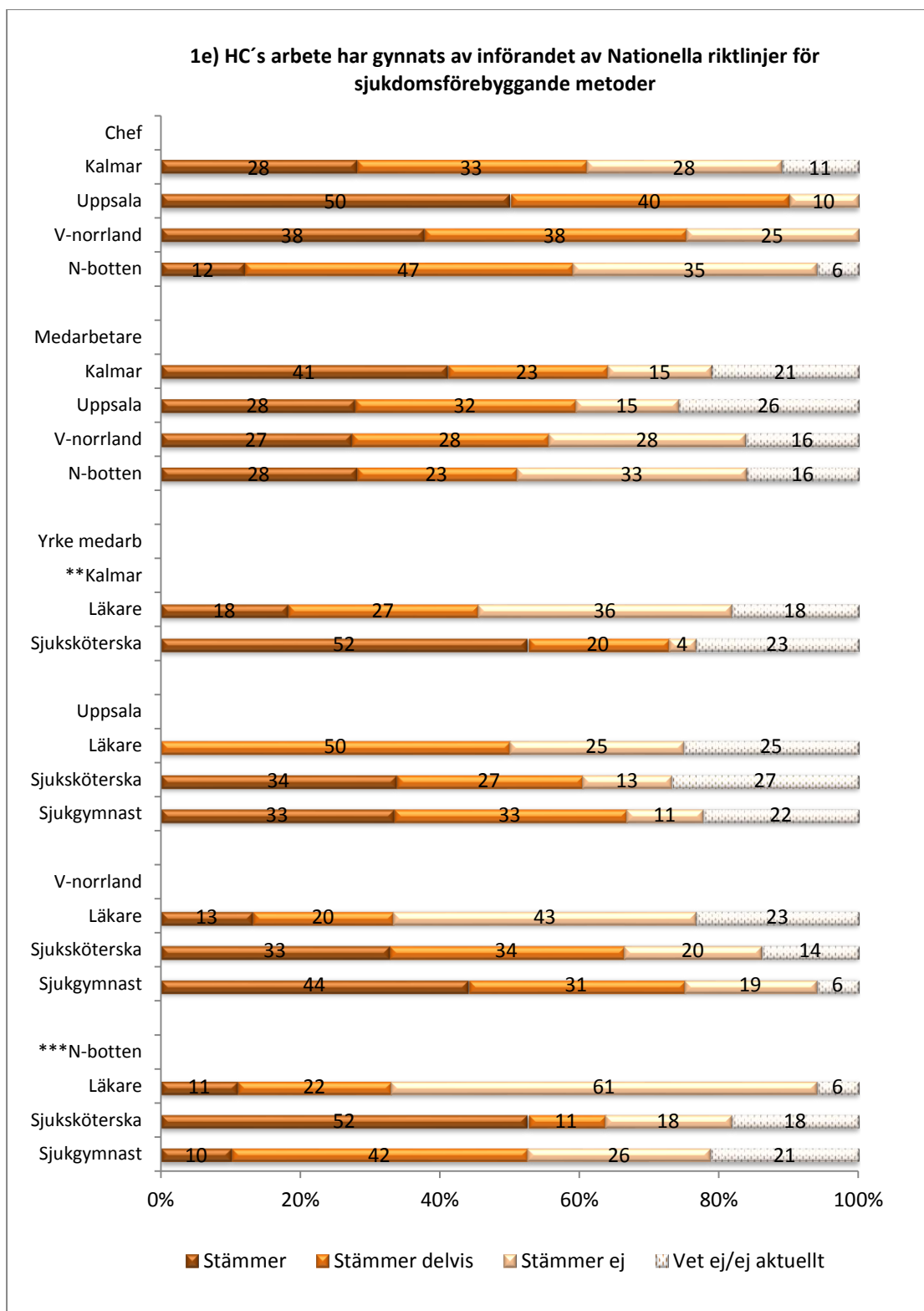
Figur 1b. Uppfattningar om nationella riktlinjer. * $p < 0.05$, ** $p < 0.005$



Figur 1c. Uppfattningar om nationella riktlinjer (%). * $p < 0.05$

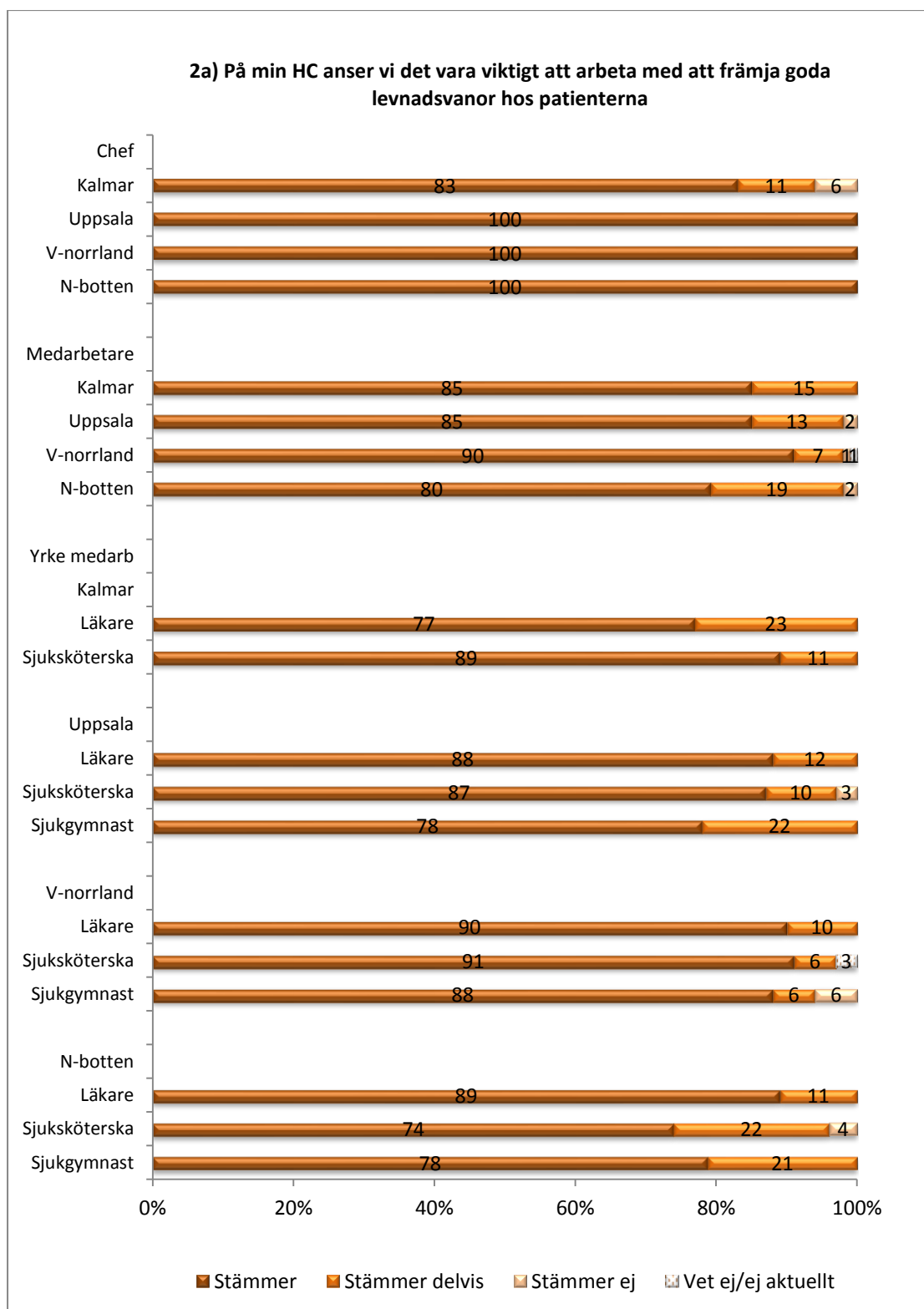


Figur 1d. Uppfattningar om nationella riktlinjer (%), * $p < 0.05$, ¹ Gränssignifikans ($p = 0.053$)

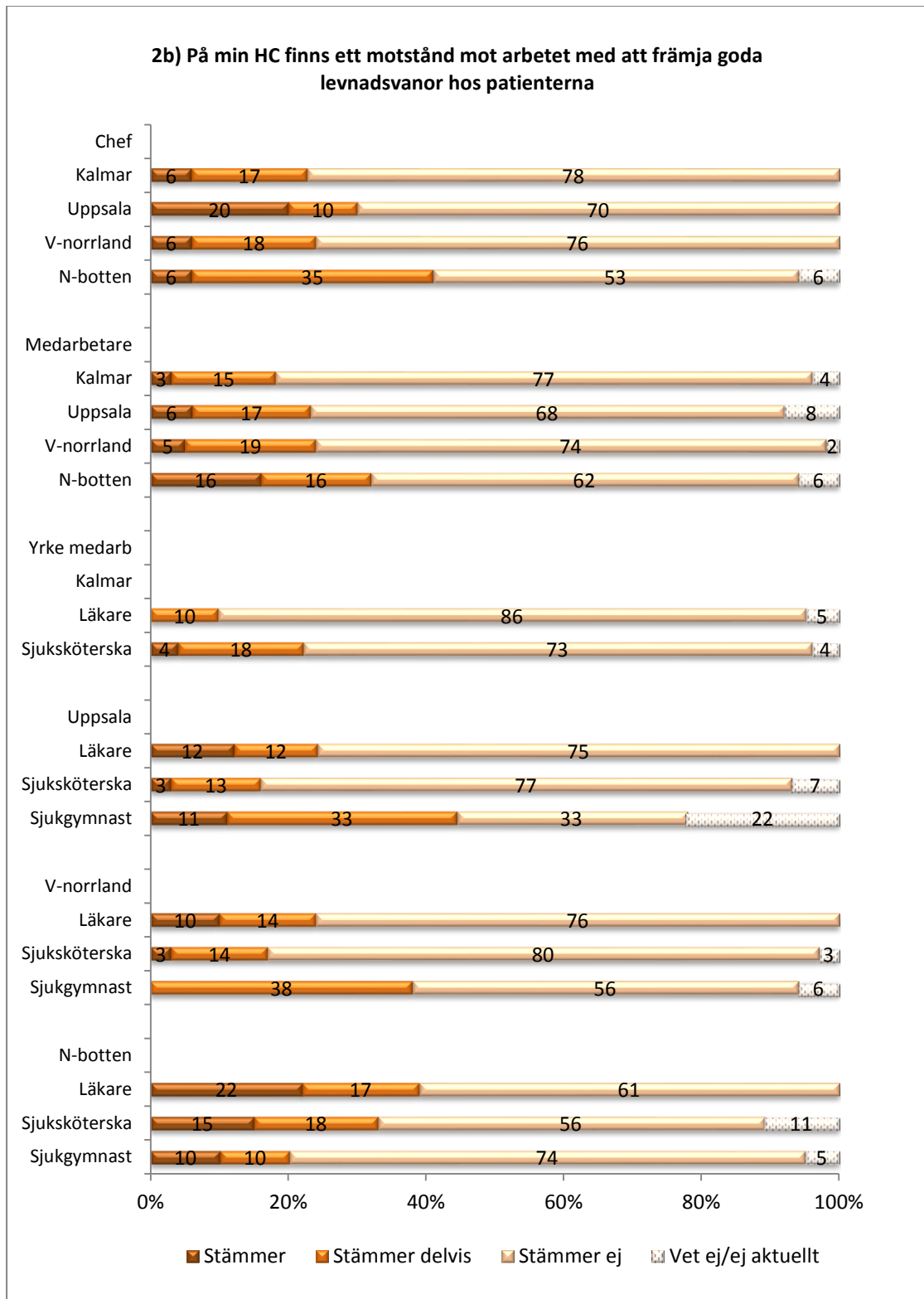


Figur 1e. Uppfattningar om nationella riktlinjer (%), ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$

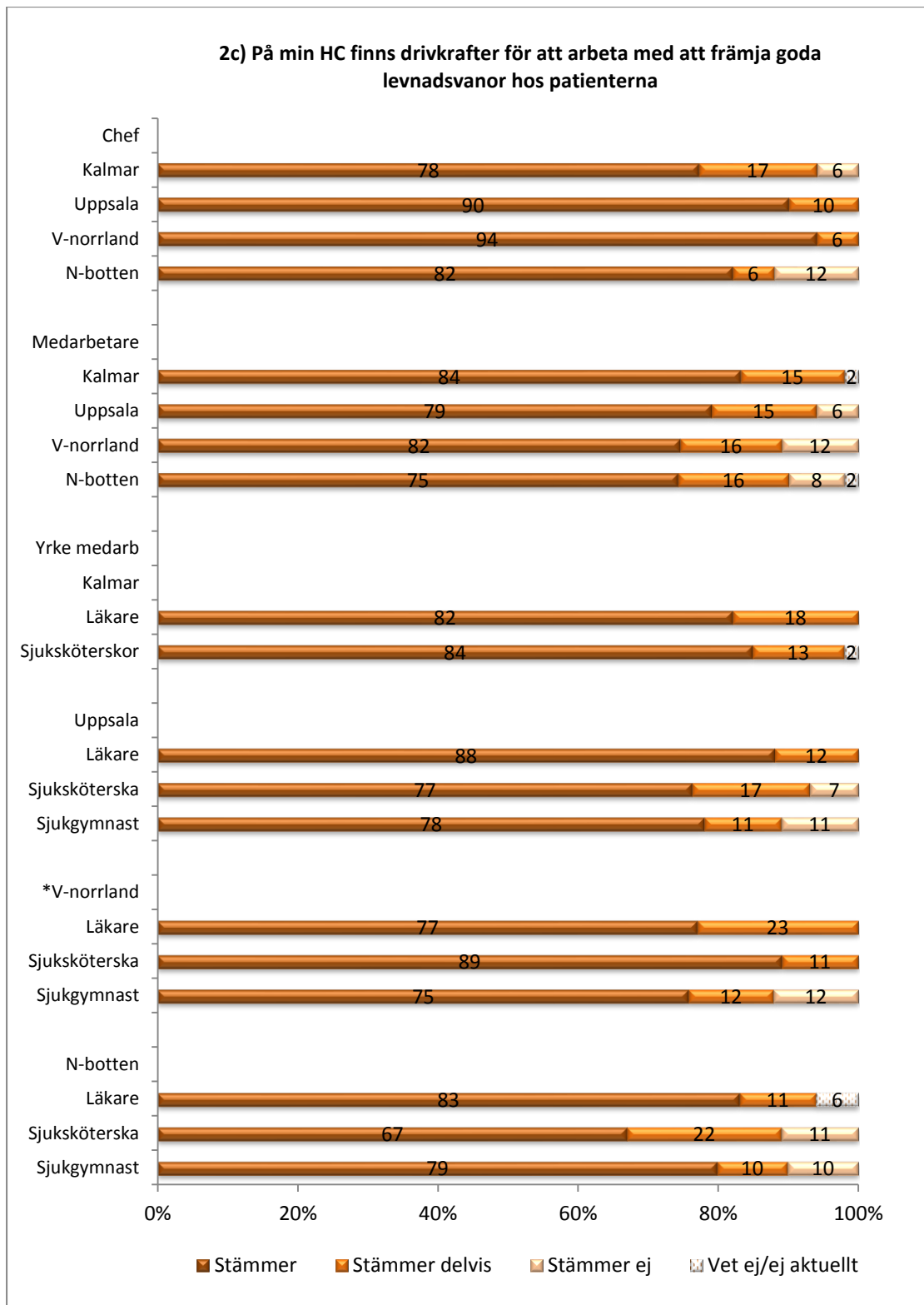
2. UPPFATTNINGAR OM ARBETET MED ATT FRÄMJA GODA LEVNADSVANOR HOS PATIENTERNA



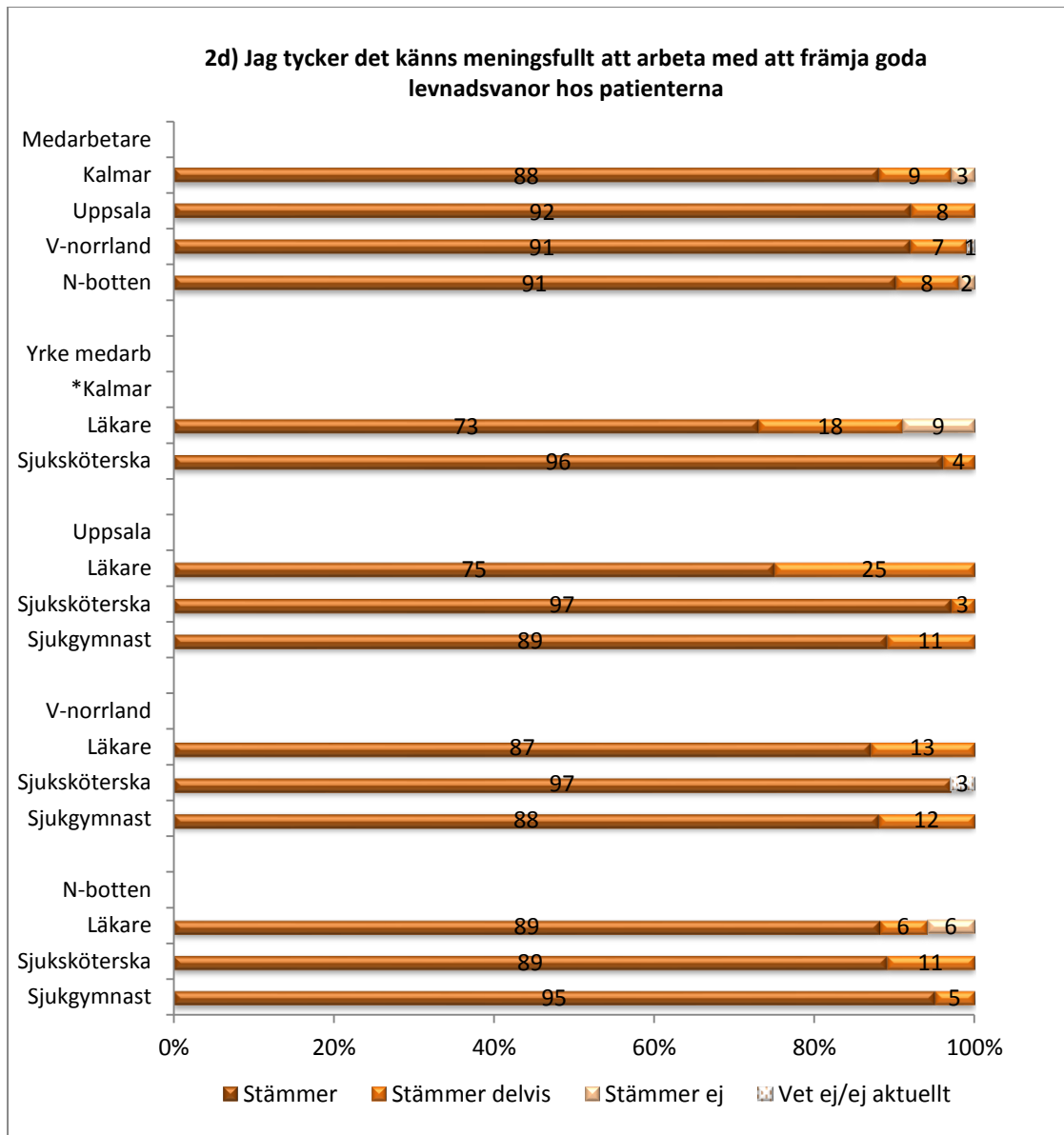
Figur 2a. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna



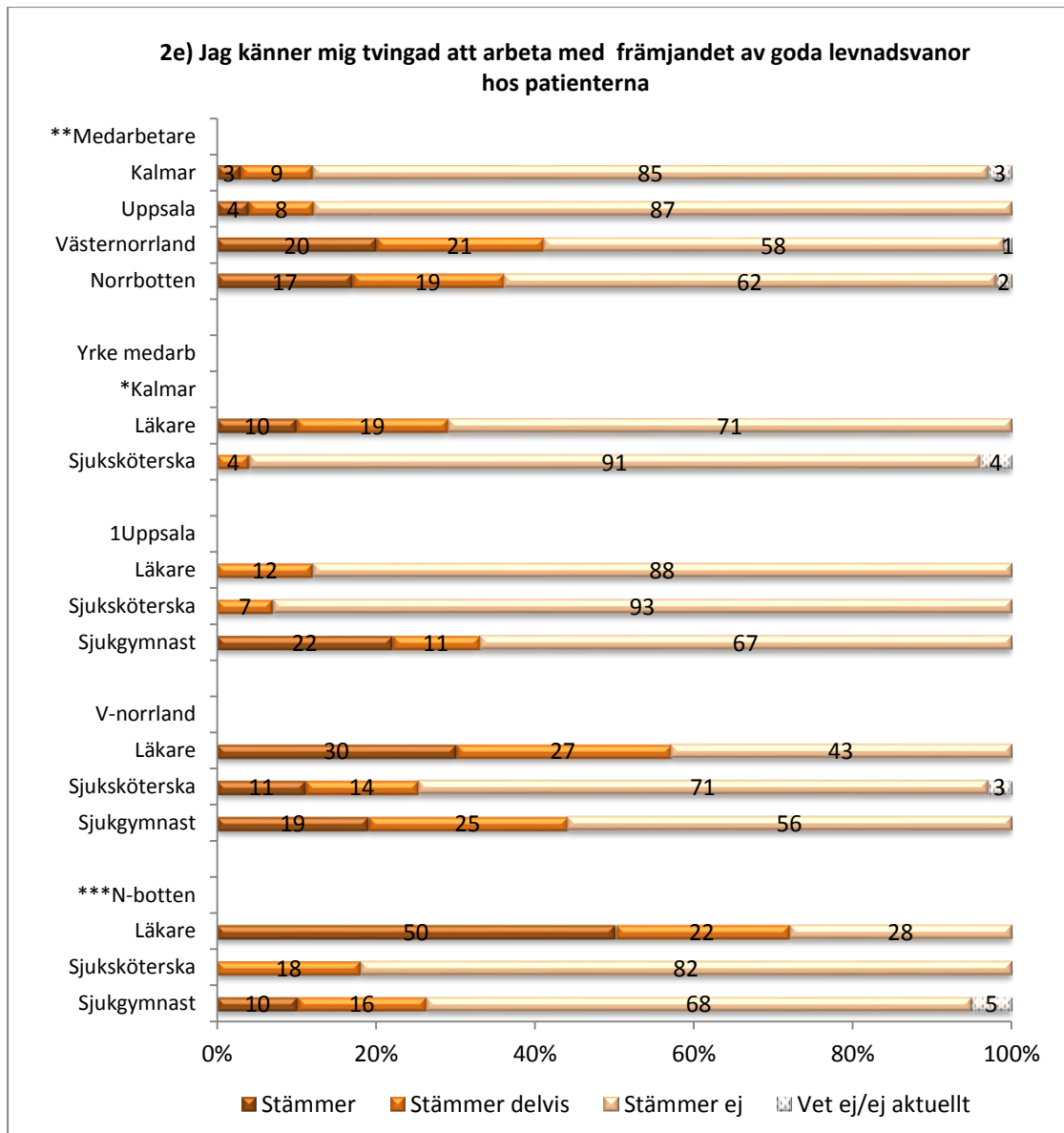
Figur 2b. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna



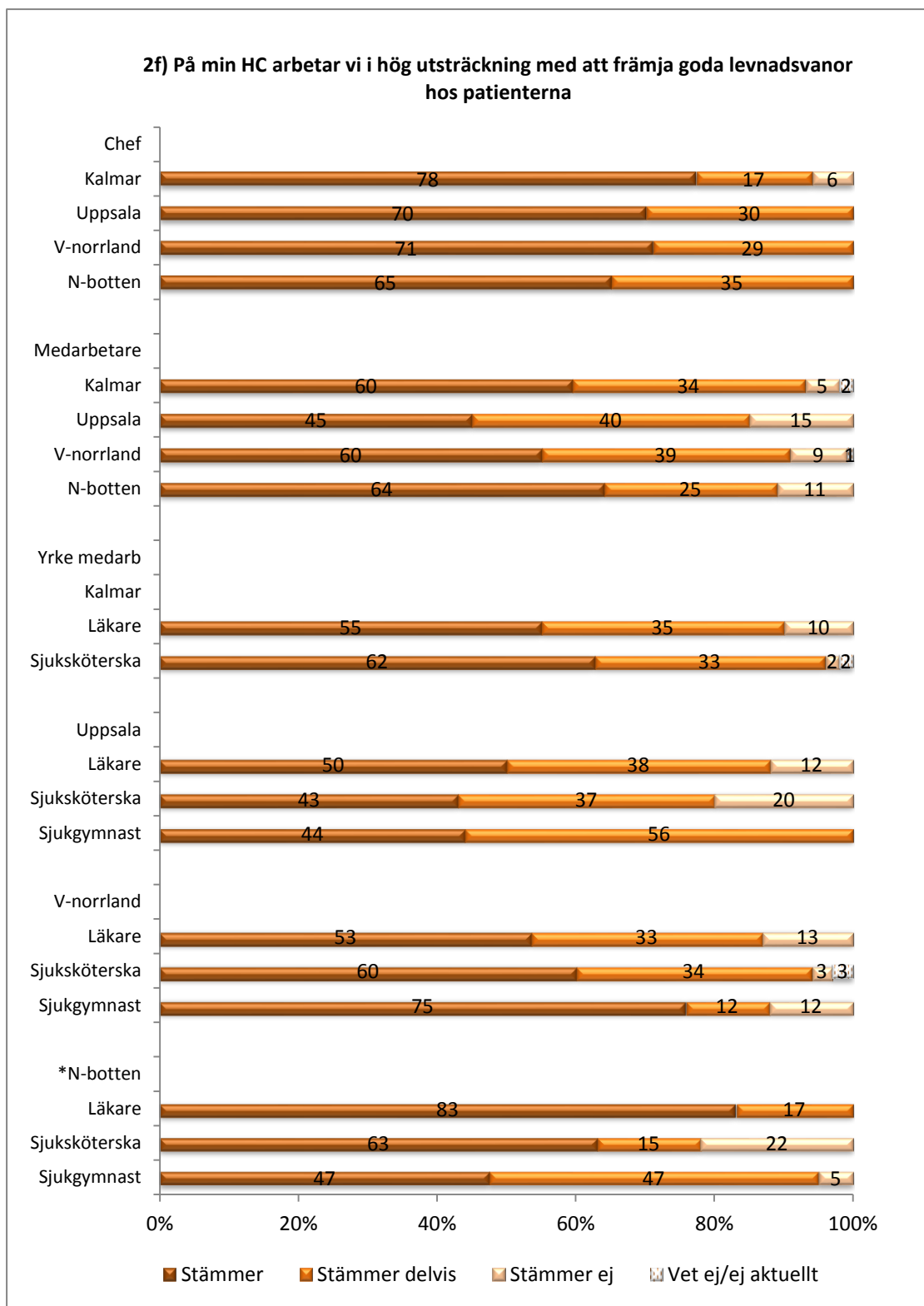
Figur 2c. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$



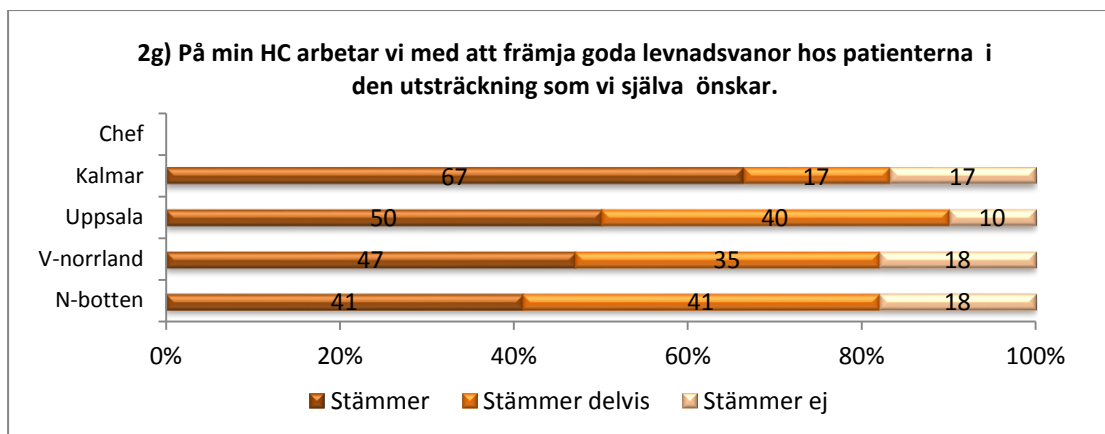
Figur 2d. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av medarbetare. * $p < 0.05$



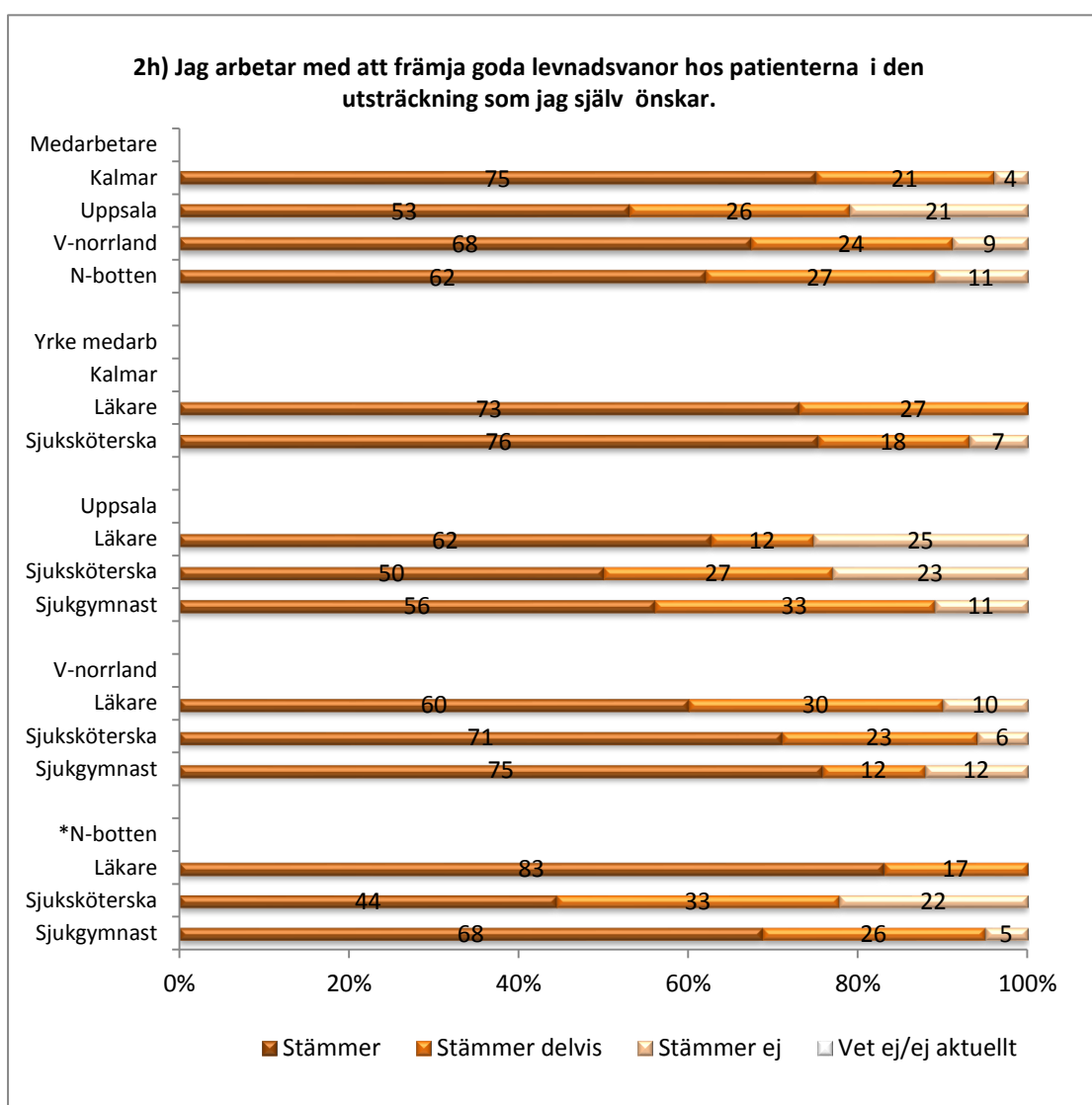
Figur 2e. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av medarbetare. * $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$, ¹Gränssignifikans ($p = 0.053$)



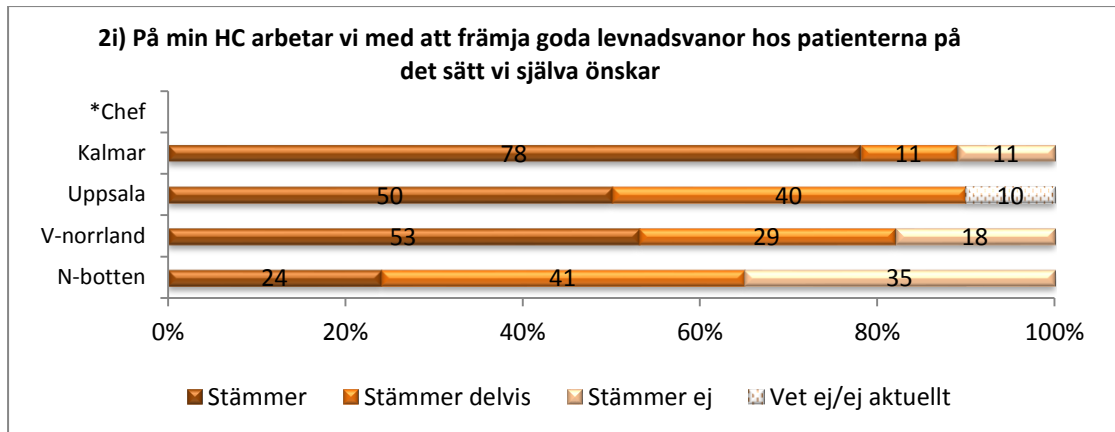
Figur 2f. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$



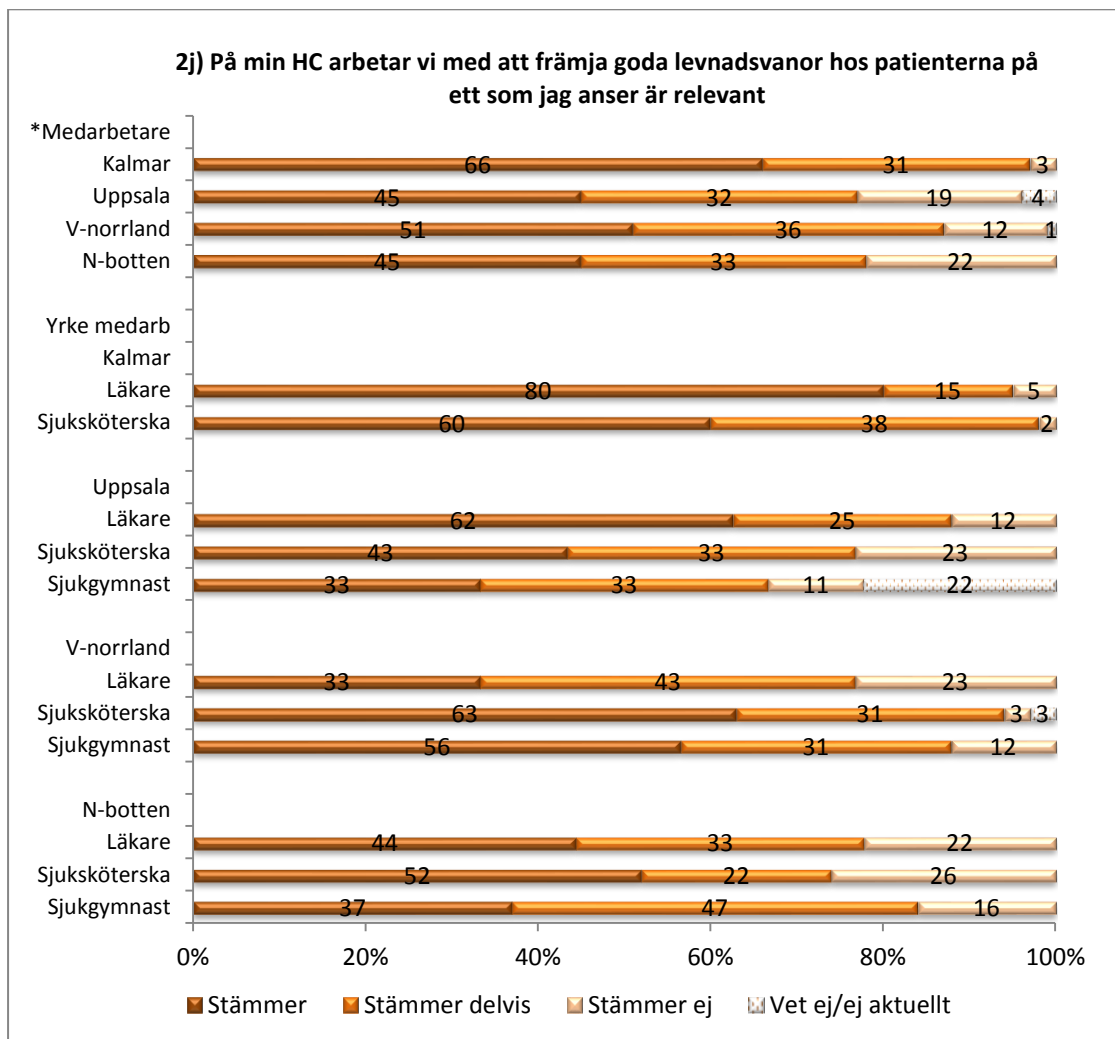
Figur 2g. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av chefer.



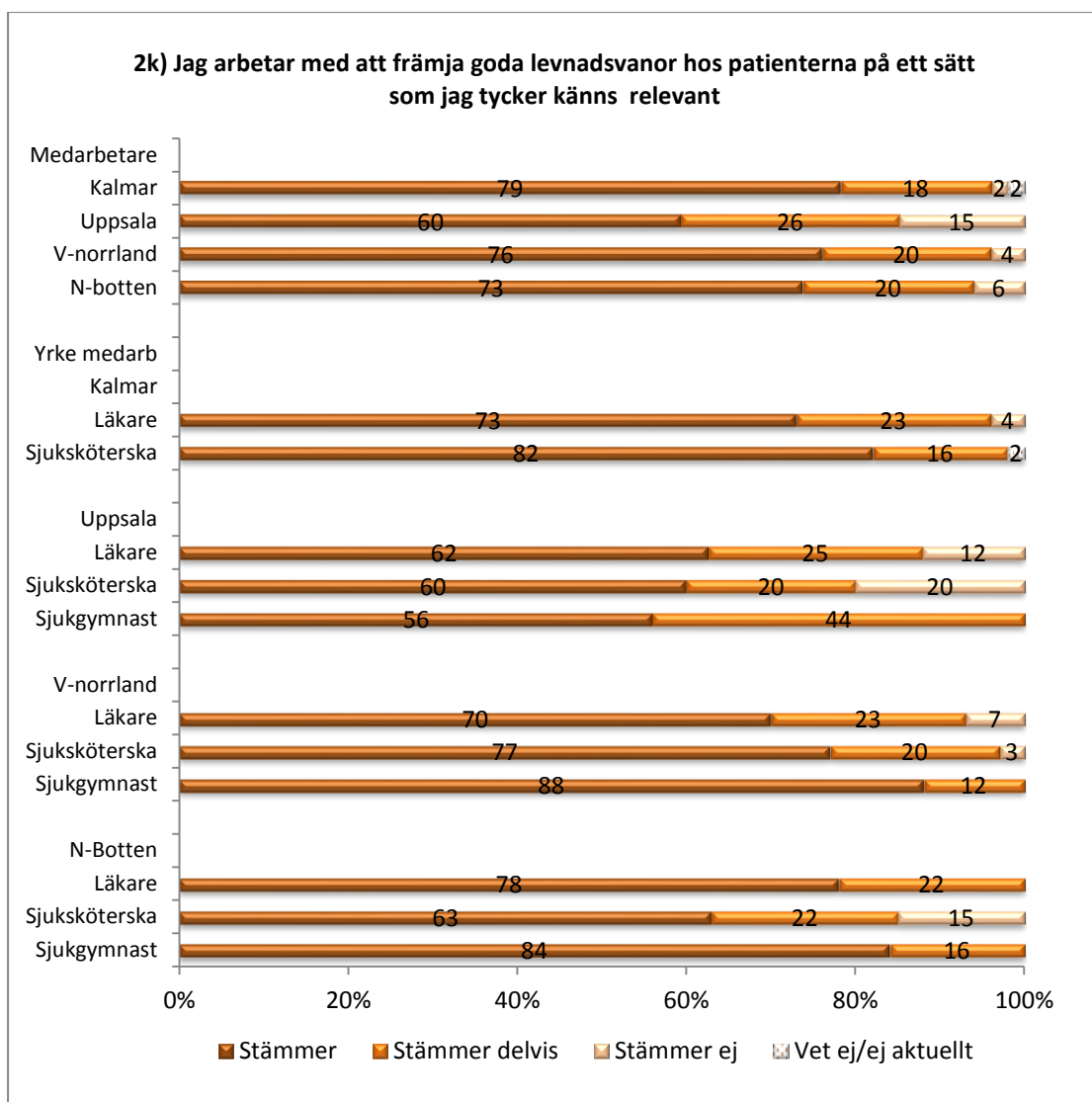
Figur 2b. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av medarbetare. * $p < 0.05$



Figur 2i. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av chefer. $*p < 0.05$

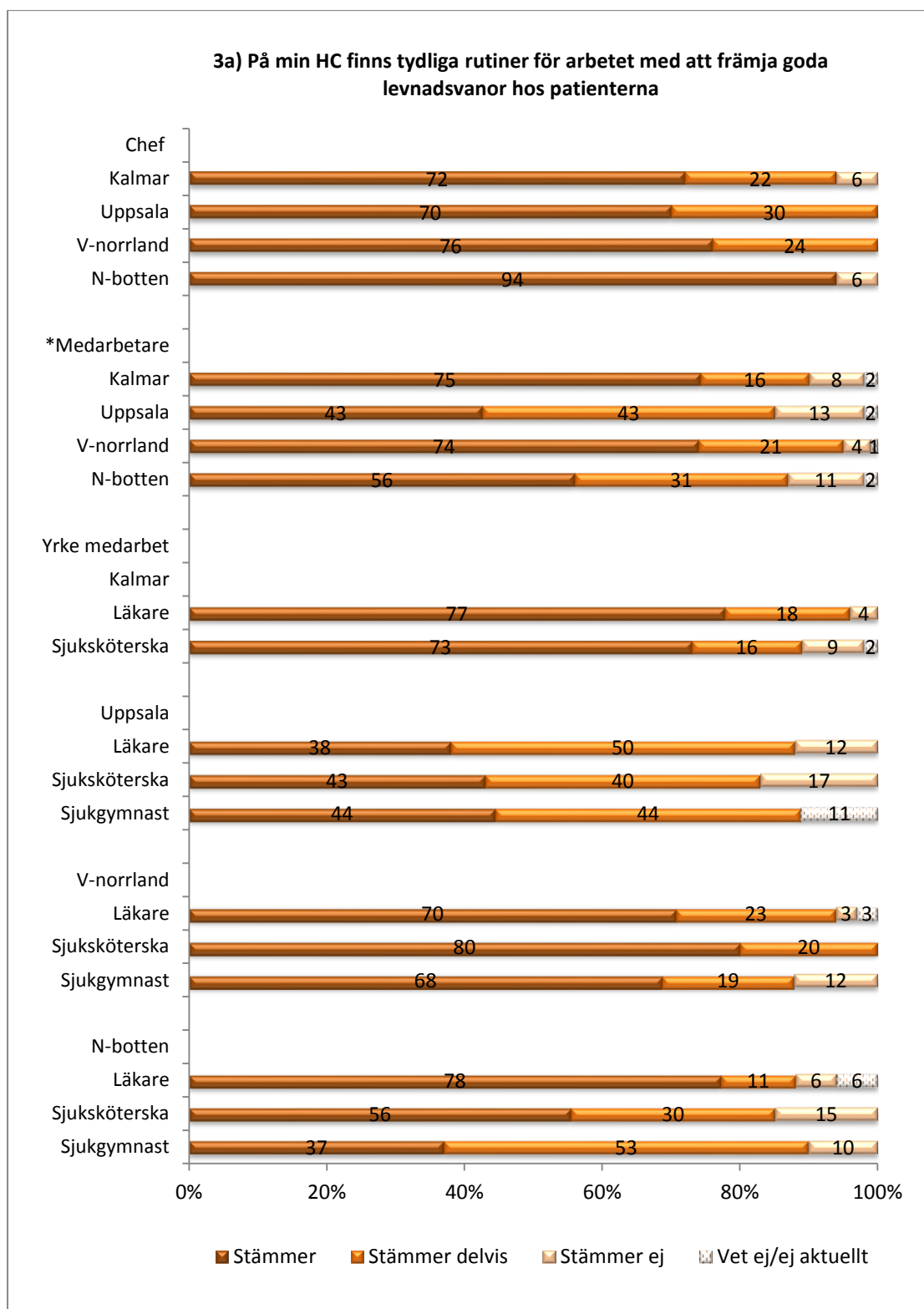


Figur 2j. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av medarbetare. $*p < 0.05$

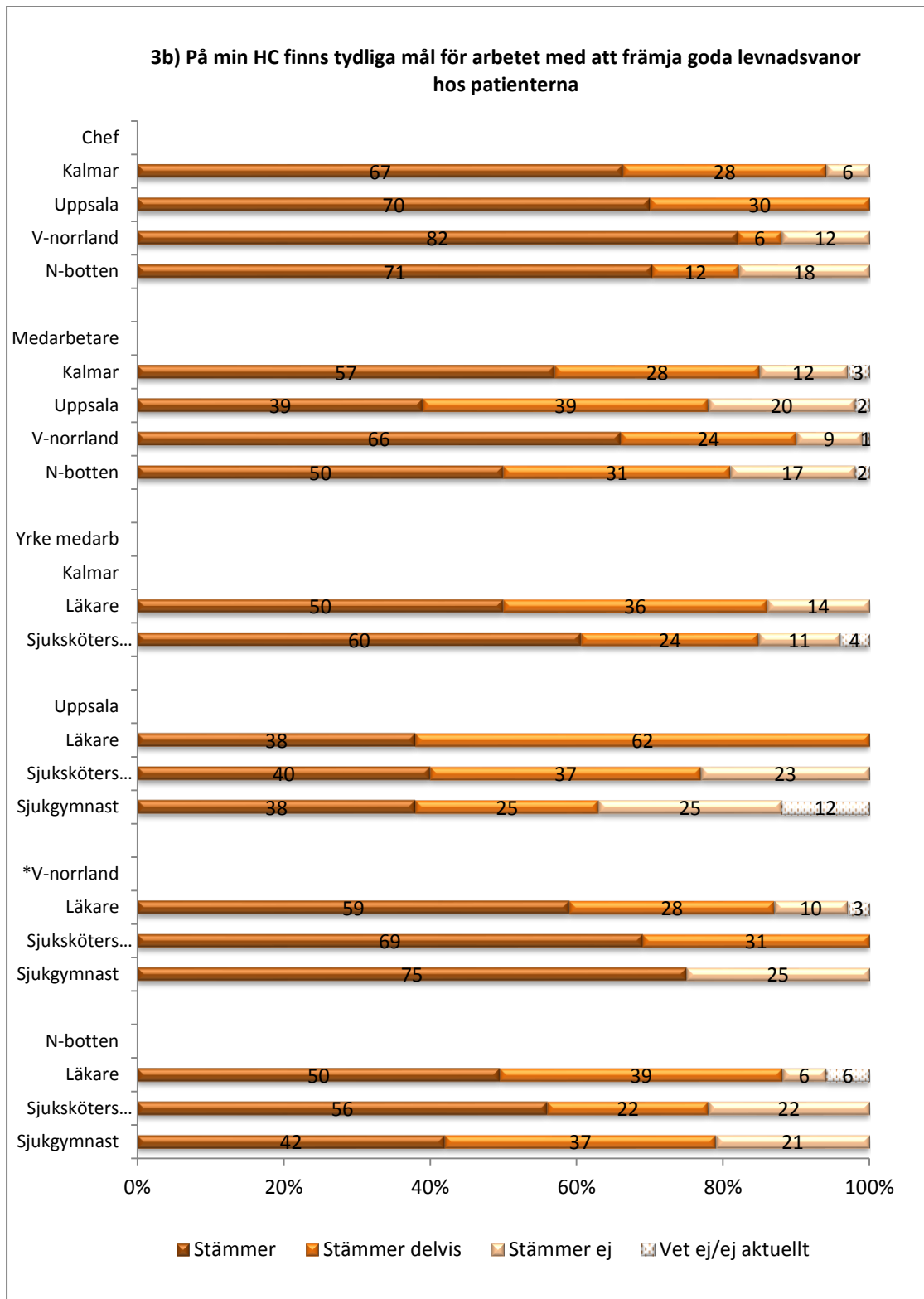


Figur 2k. Uppfattningar (%) om arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av medarbetare.

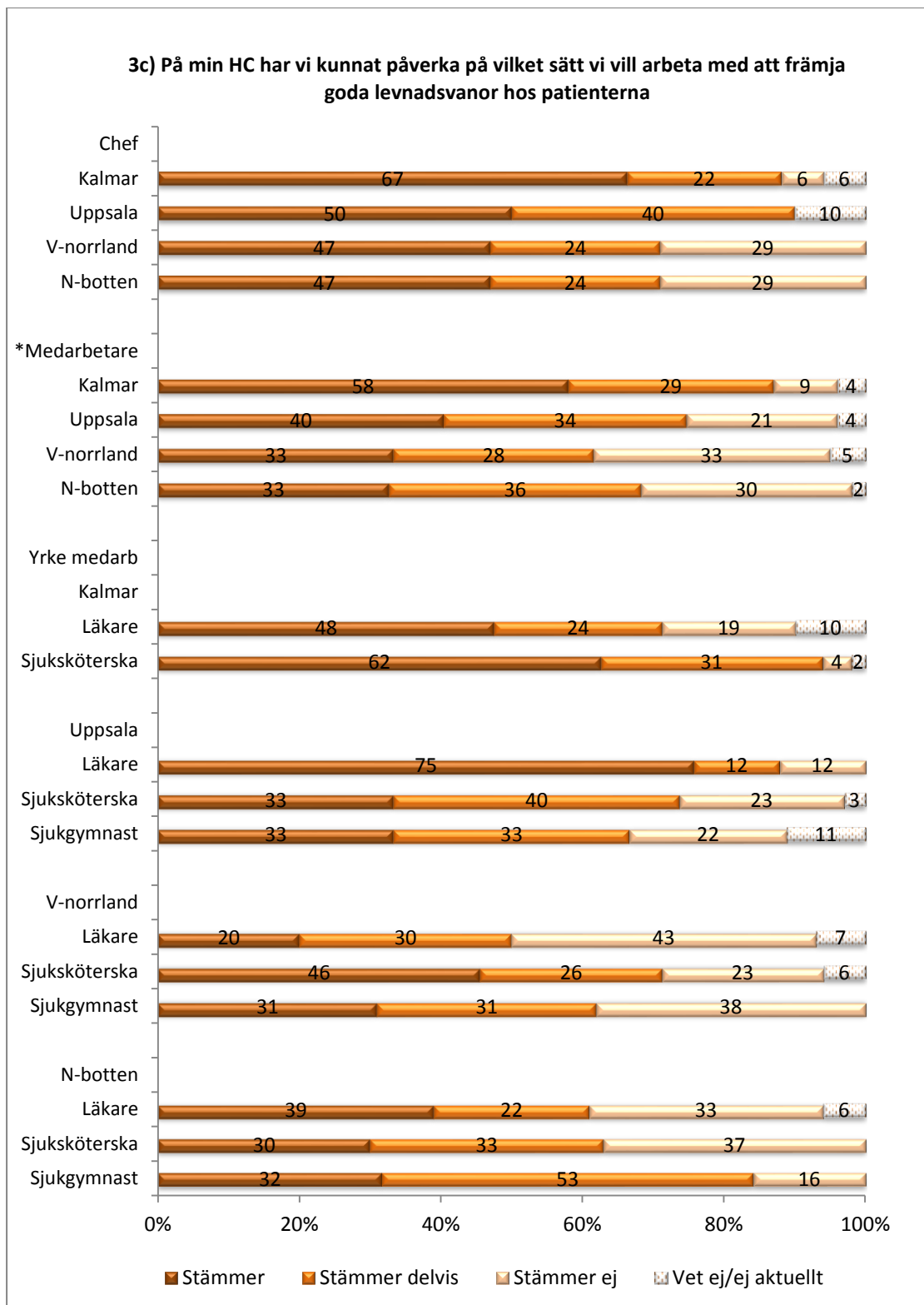
3. STÖDJANDE/FACILITERANDE FAKTORER FÖR ARBETET MED ATT FRÄMJA GODA LEVNADSVANOR HOS PATIENTERNA



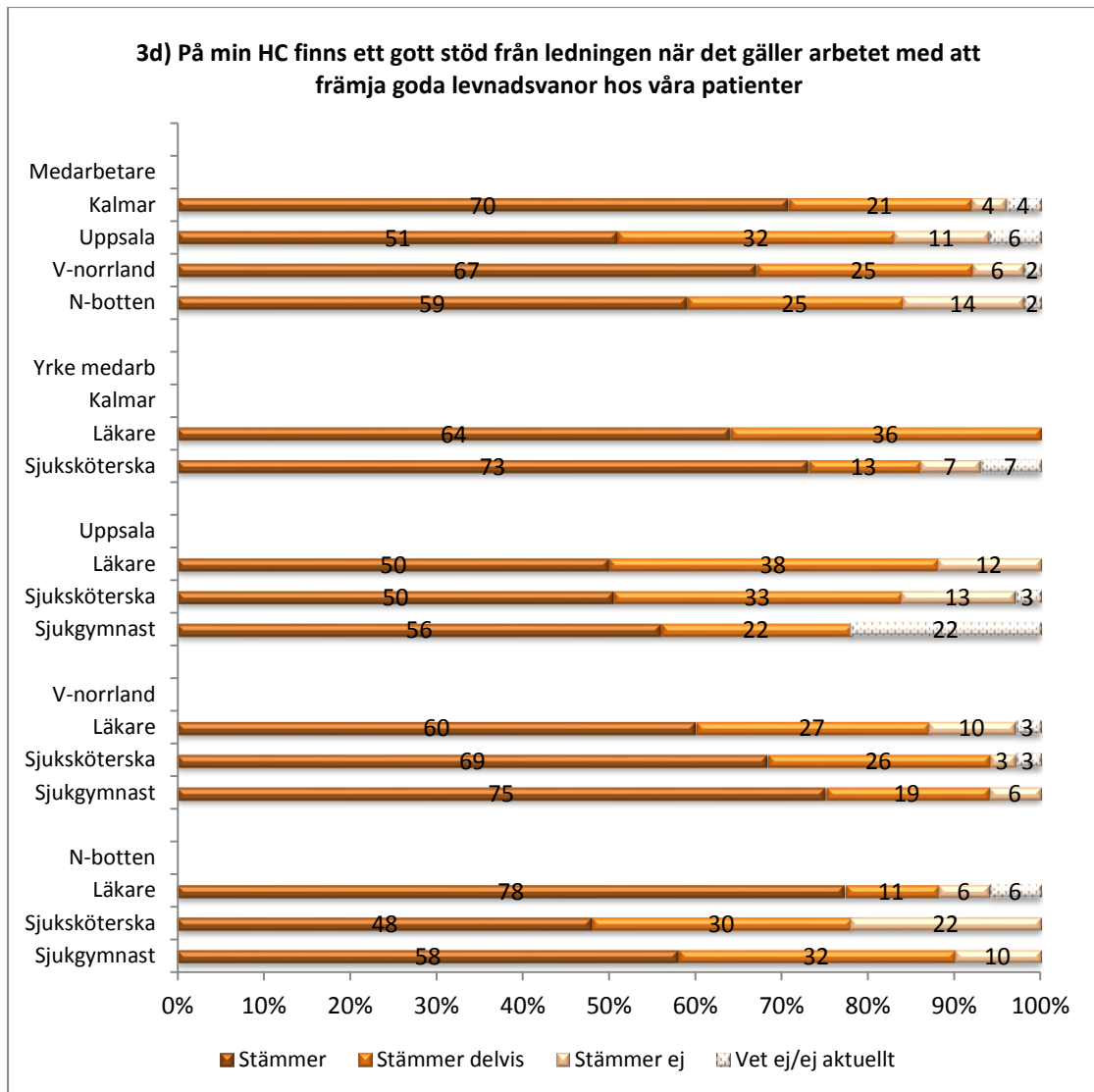
Figur 3a. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$.



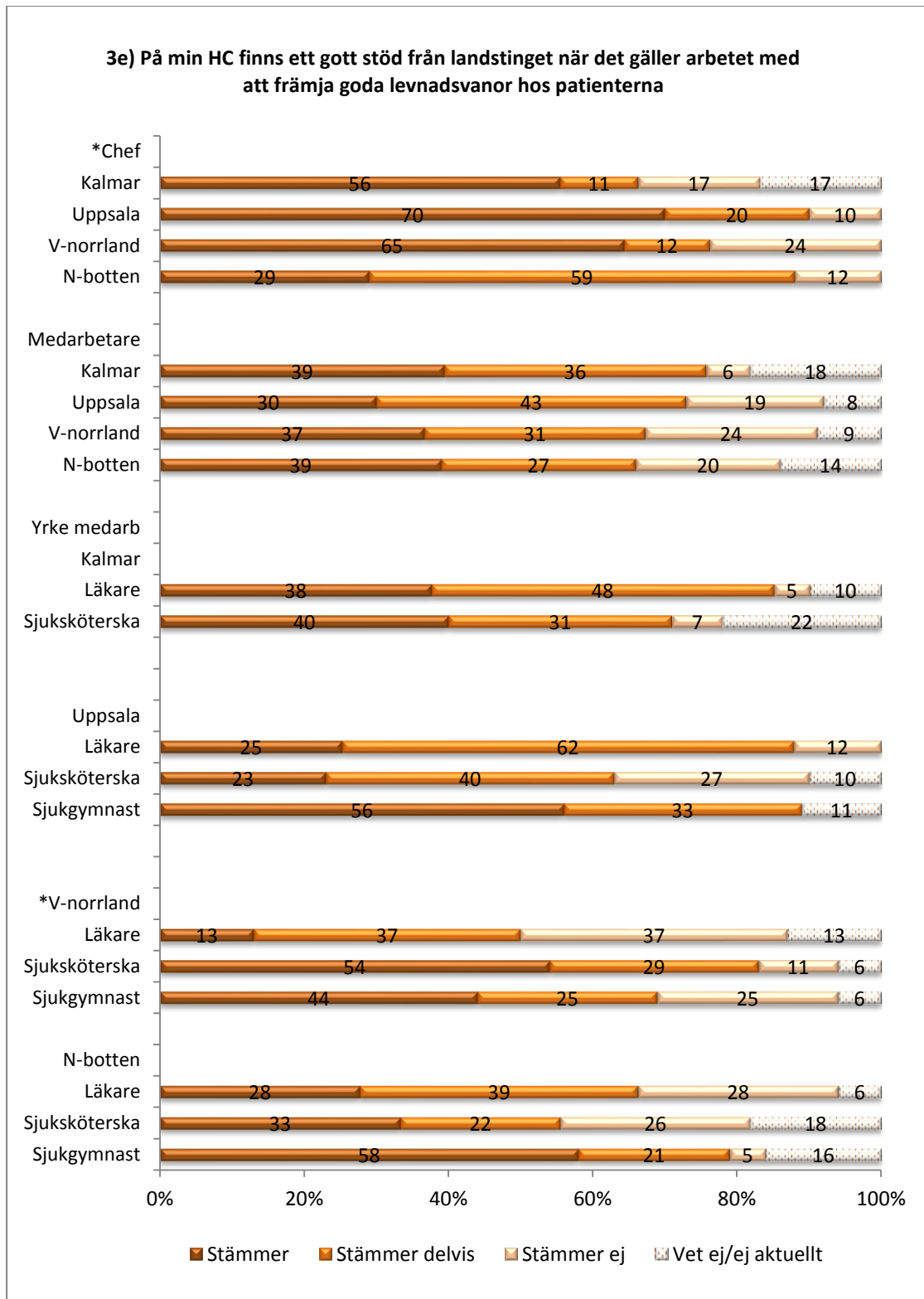
Figur 3b. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna * $p < 0.05$



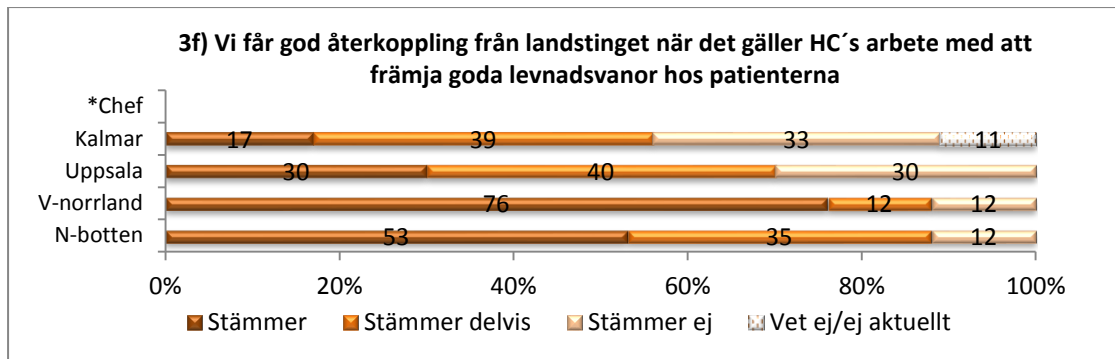
Figur 3c. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$



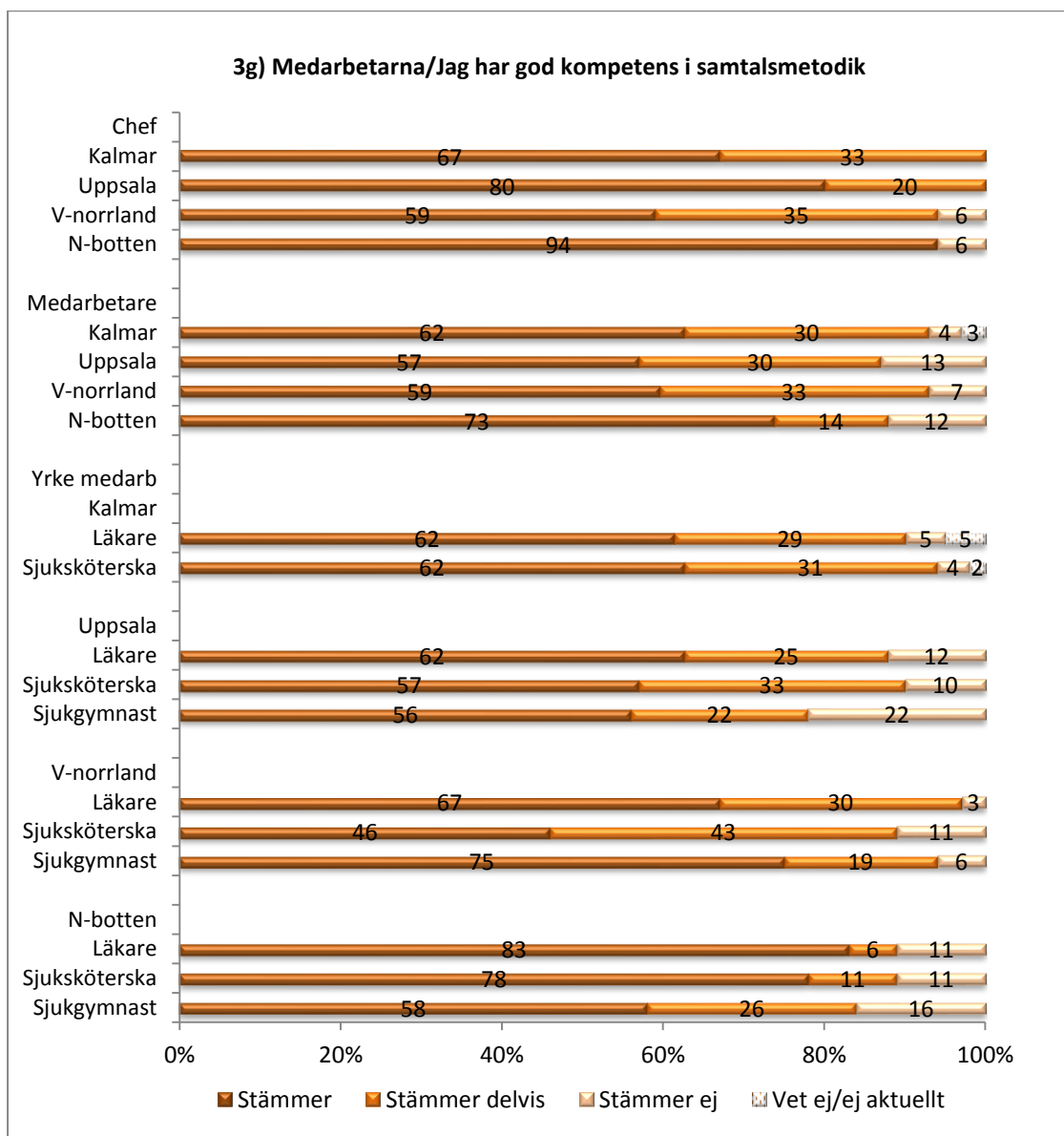
Figur 3d. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, rapporterat av medarbetare.



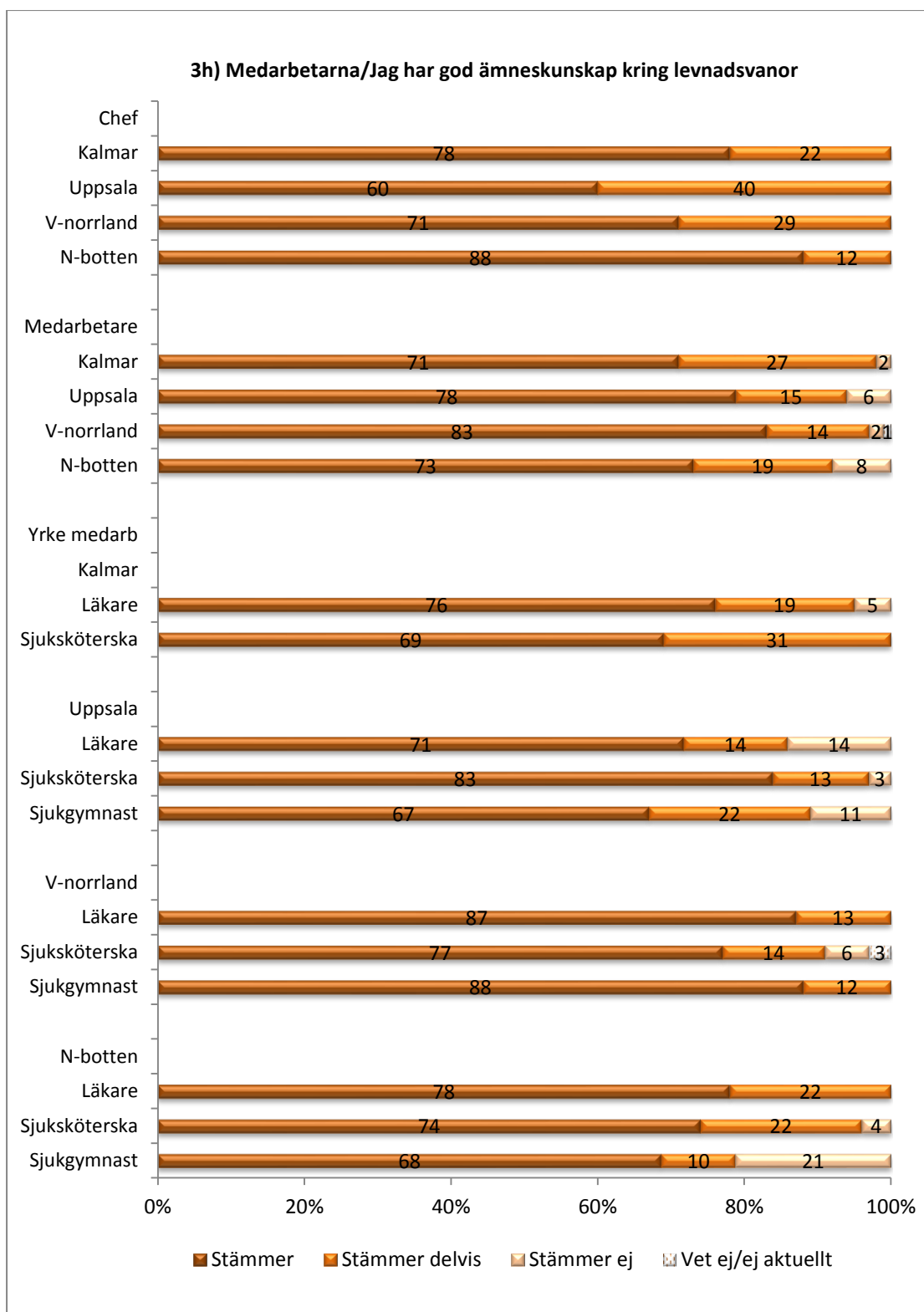
Figur 3e. Uppfattningar om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, (%). * $p < 0.05$



Figur 3f. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$

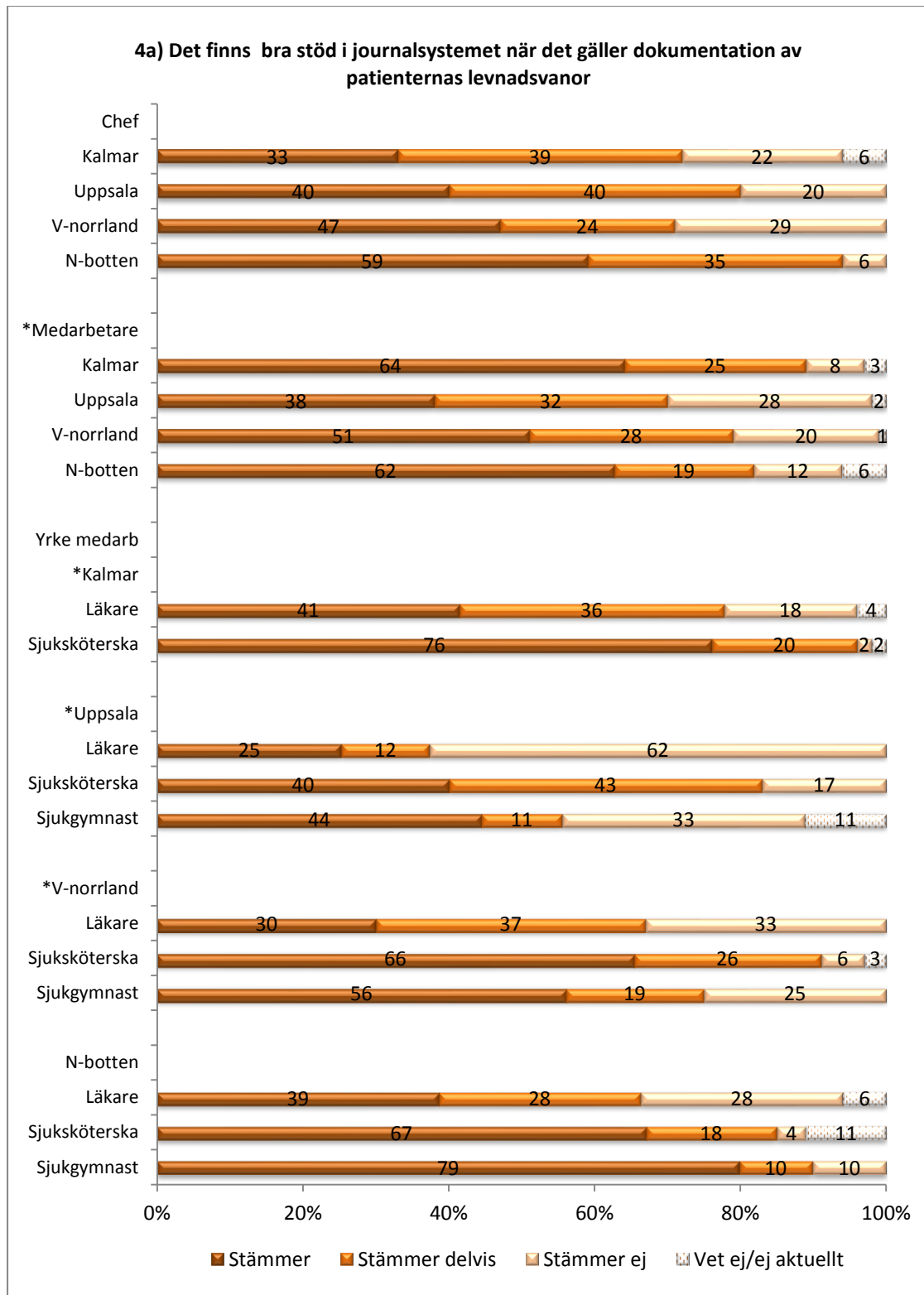


Figur 3g. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

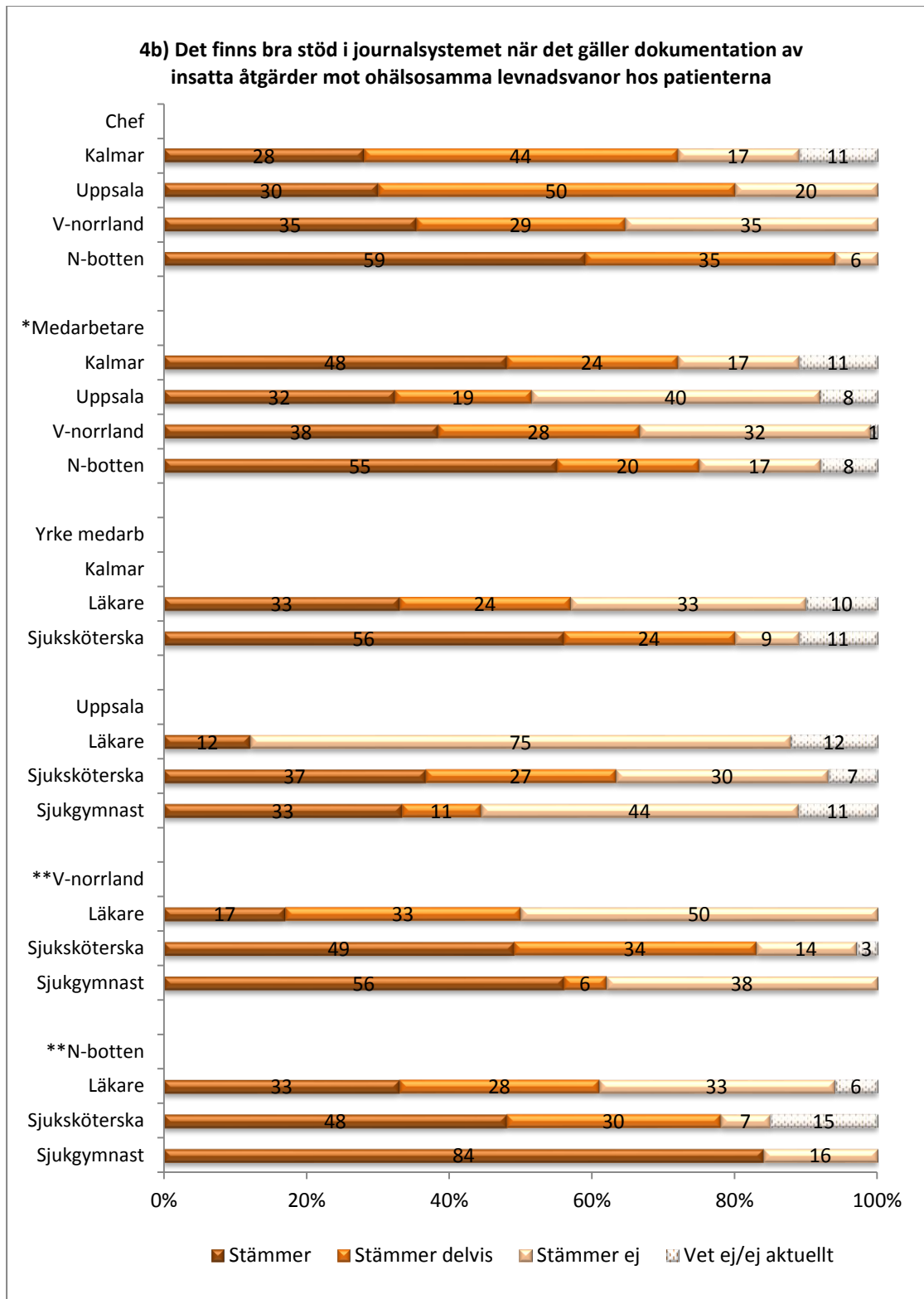


Figur 3b. Uppfattningar (%) om stödjande/faciliterande faktorer för arbetet med att främja goda levnadsvanor hos patienterna

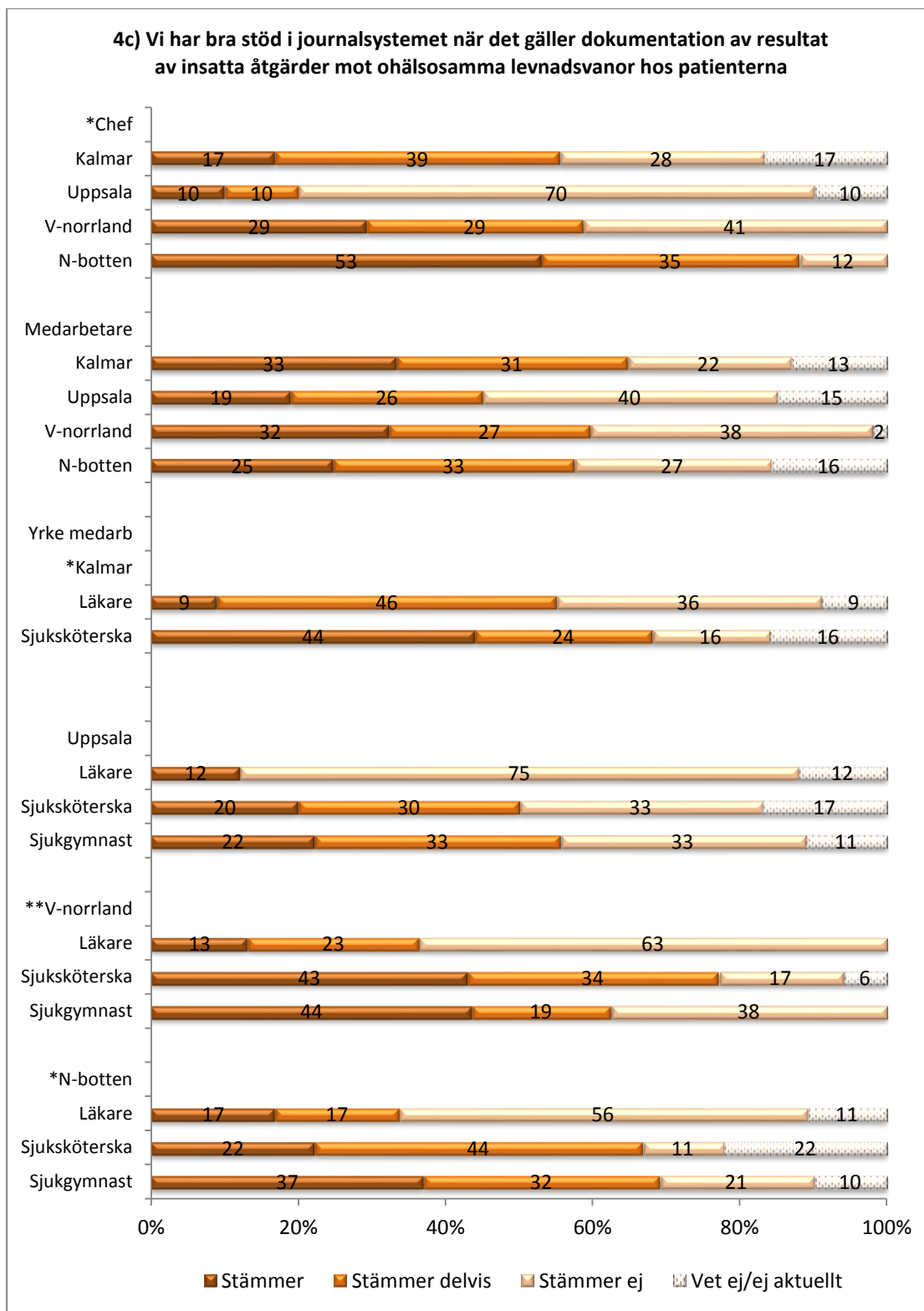
4. UPPFATTNINGAR OM DOKUMENTATIONSTÖD FÖR ARBETET MED ATT FRÄMJA GODA LEVNADSVANOR HOS PATIENTERNA



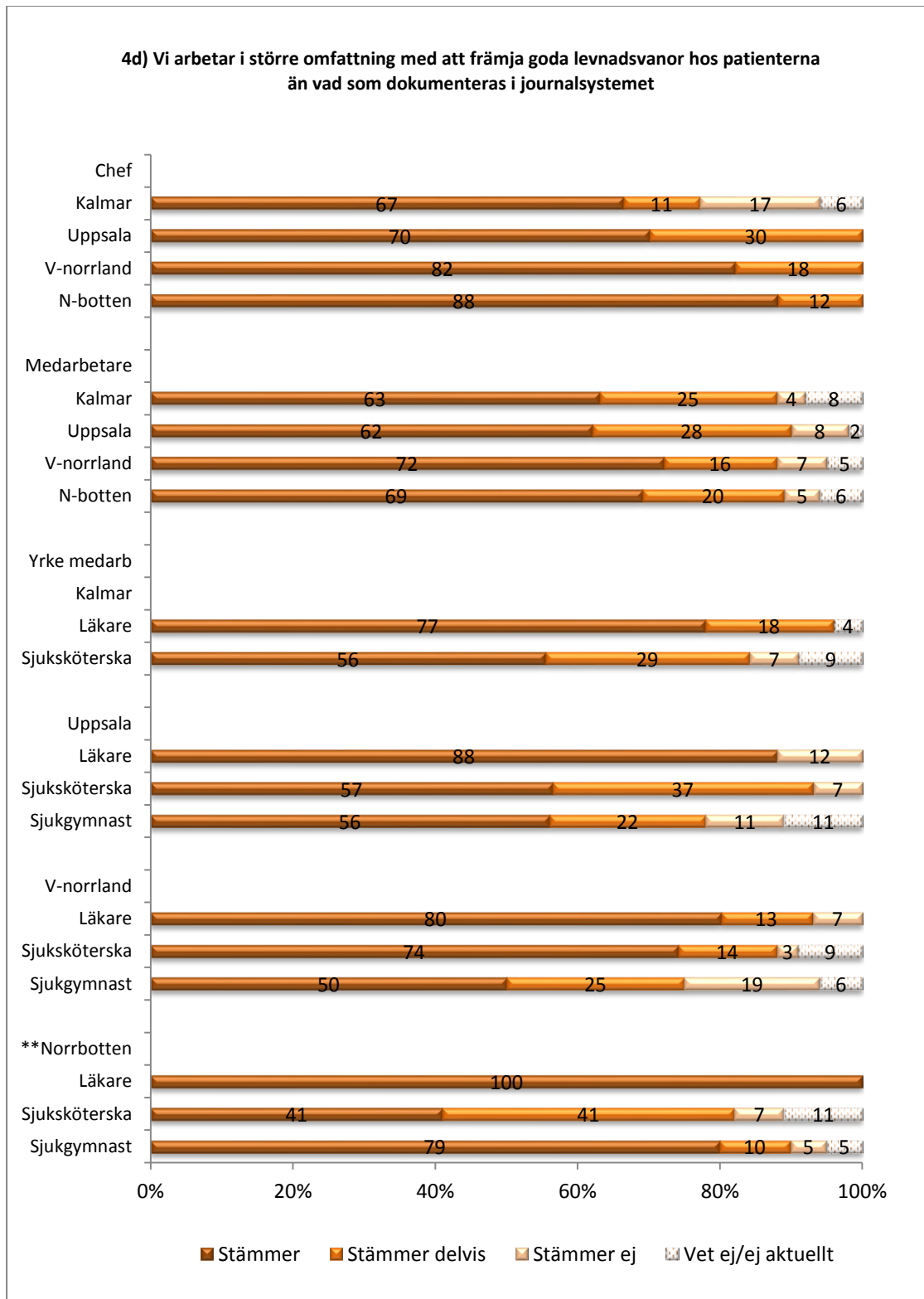
Figur 4a. Uppfattningar (%) om journalsystemet när det gäller dokumentation av arbetet med att främja levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$



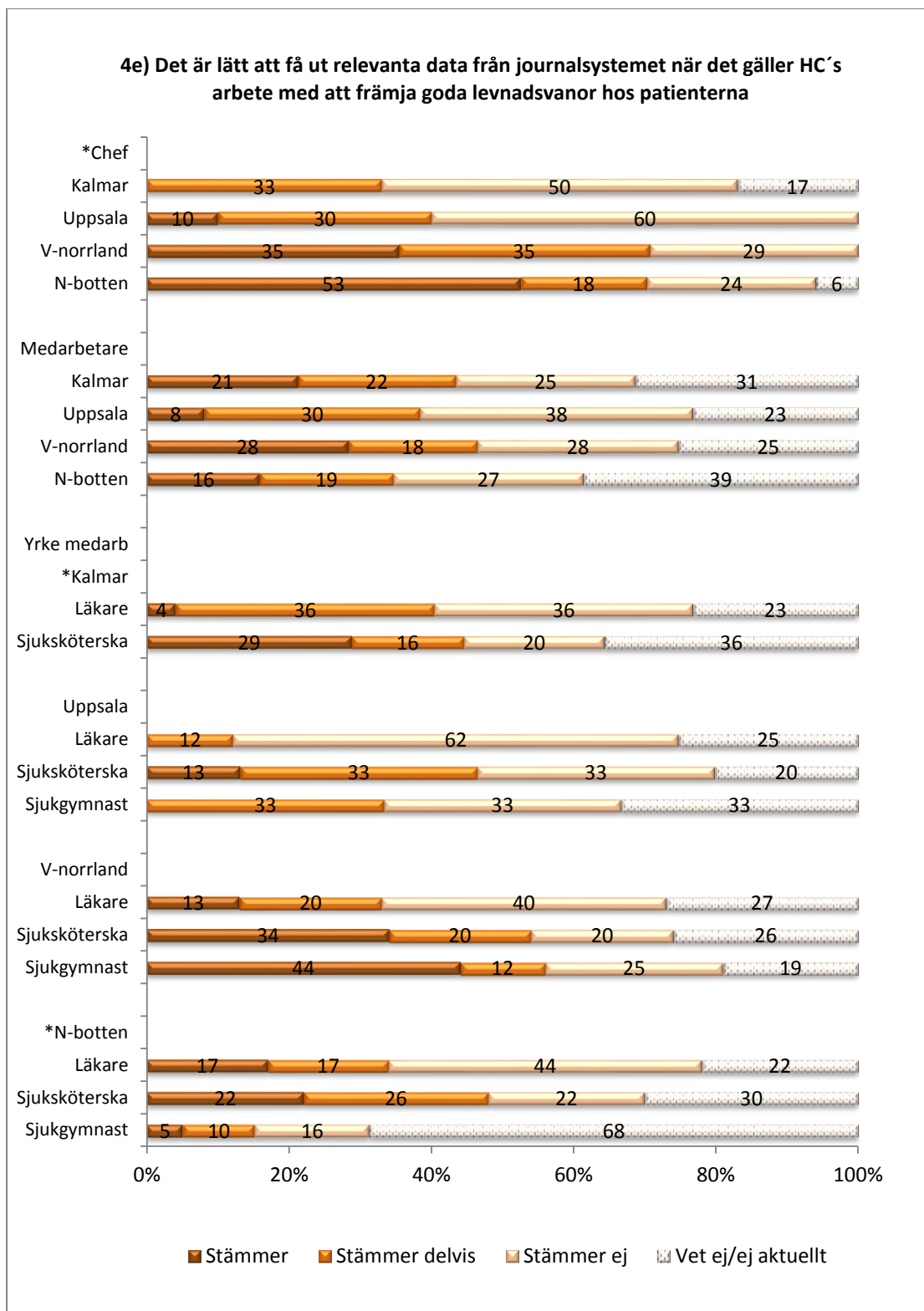
Figur 4b. Uppfattningar (%) om journalsystemet när det gäller dokumentation av arbetet med att främja levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$ ** $p < 0.005$



Figur 4c. Uppfattningar (%) om journalsystemet när det gäller dokumentation av arbetet med att främja levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$ ** $p < 0.005$

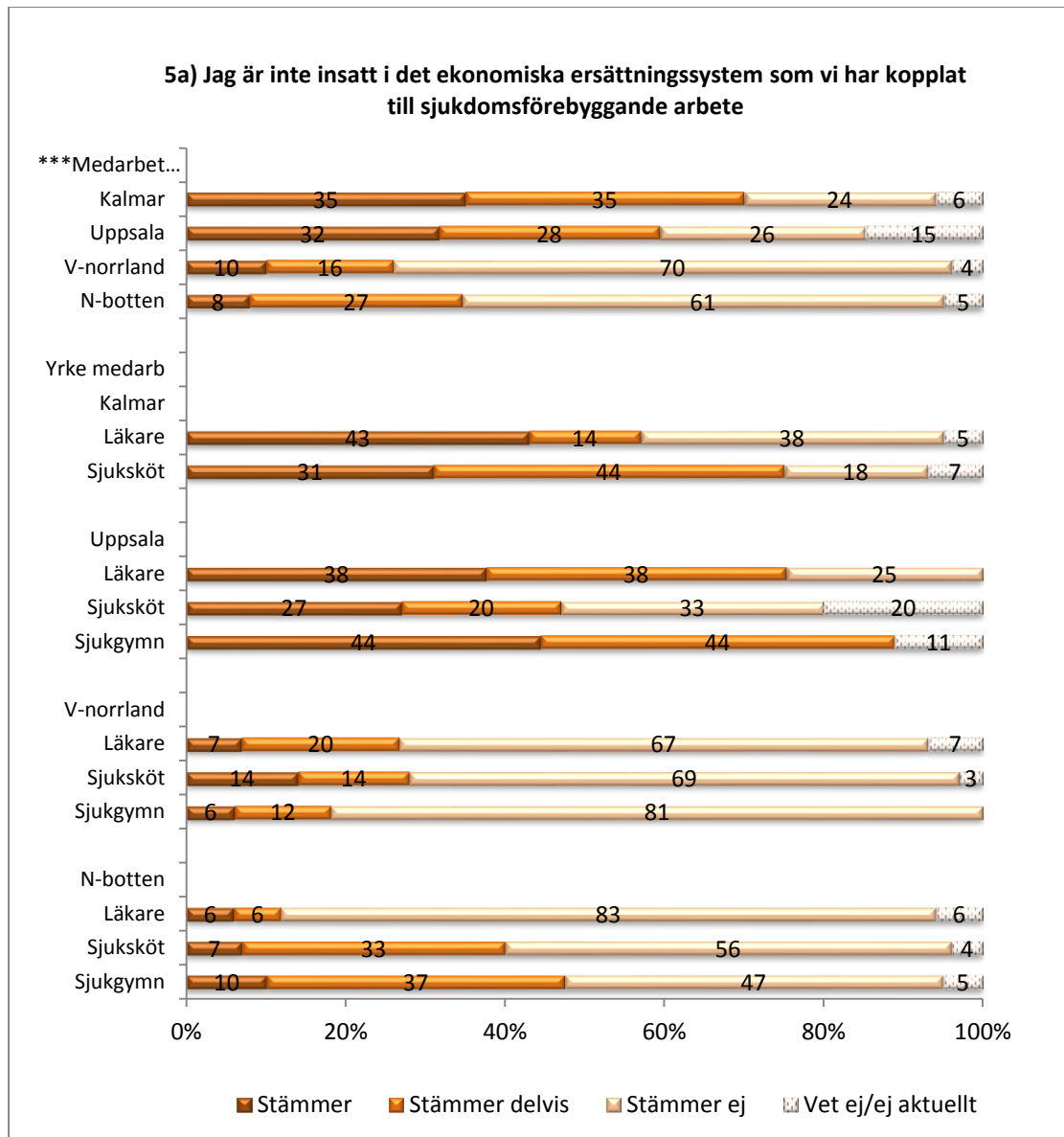


Figur 4d. Uppfattningar (%) om journalsystemet när det gäller dokumentation av arbetet med att främja levnadsvanor hos patienterna, $**p < 0.005$

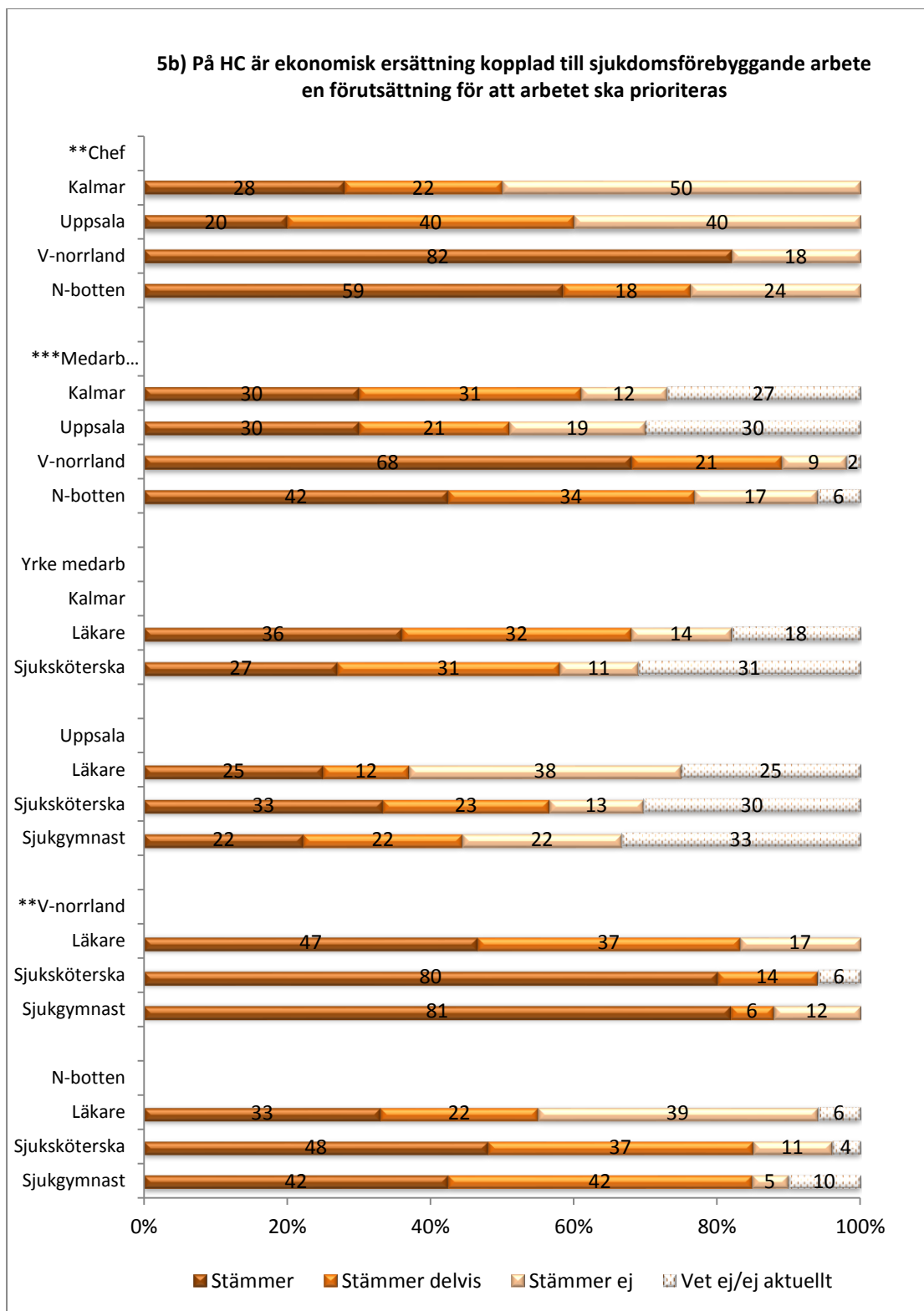


Figur 4e. Uppfattningar (%) om journalsystemet när det gäller dokumentation av arbetet med att främja levnadsvanor hos patienterna, * $p < 0.05$

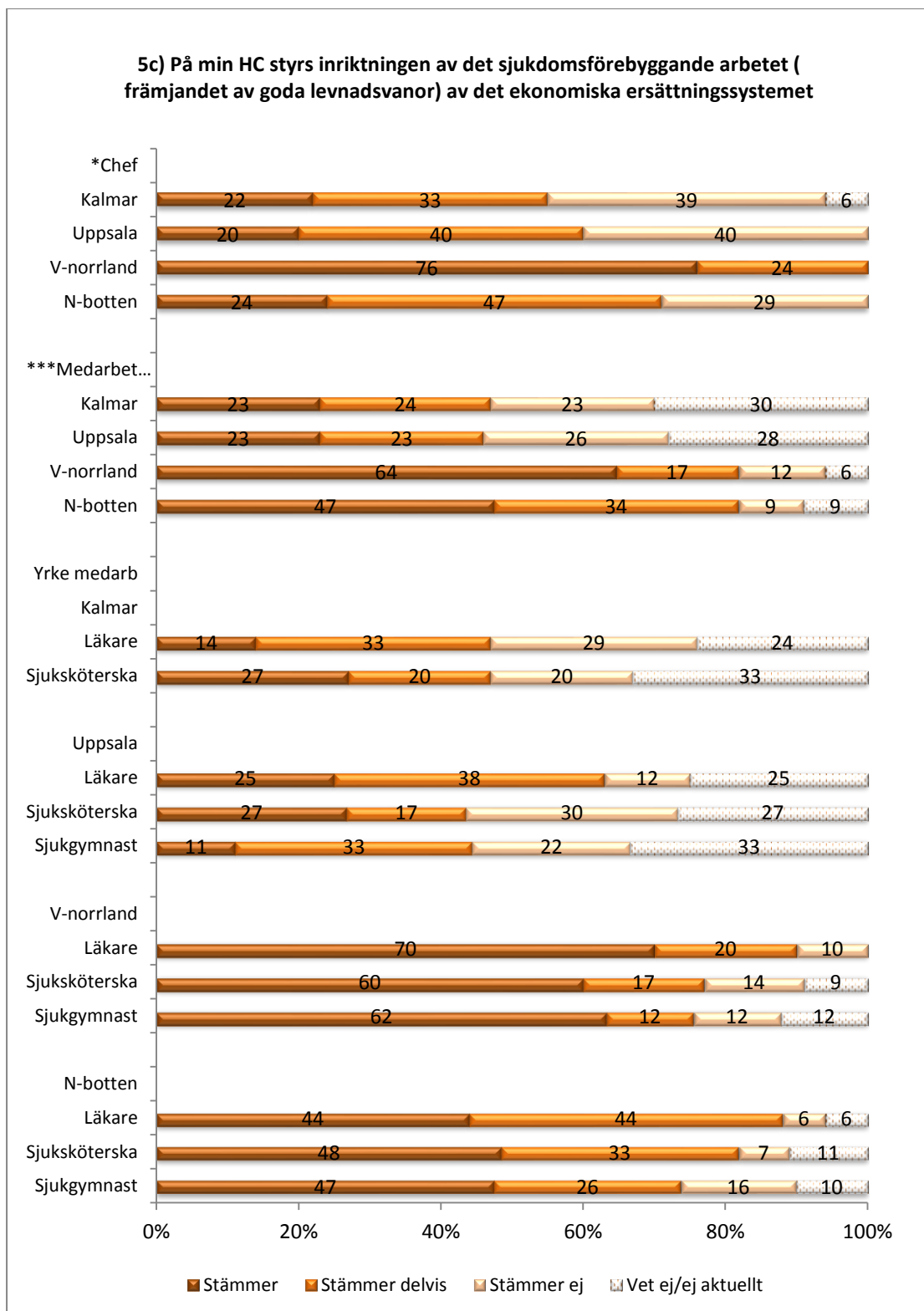
5. UPPFATTNINGAR OM EKONOMISKA INCITAMENT KOPPLAT TILL SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE



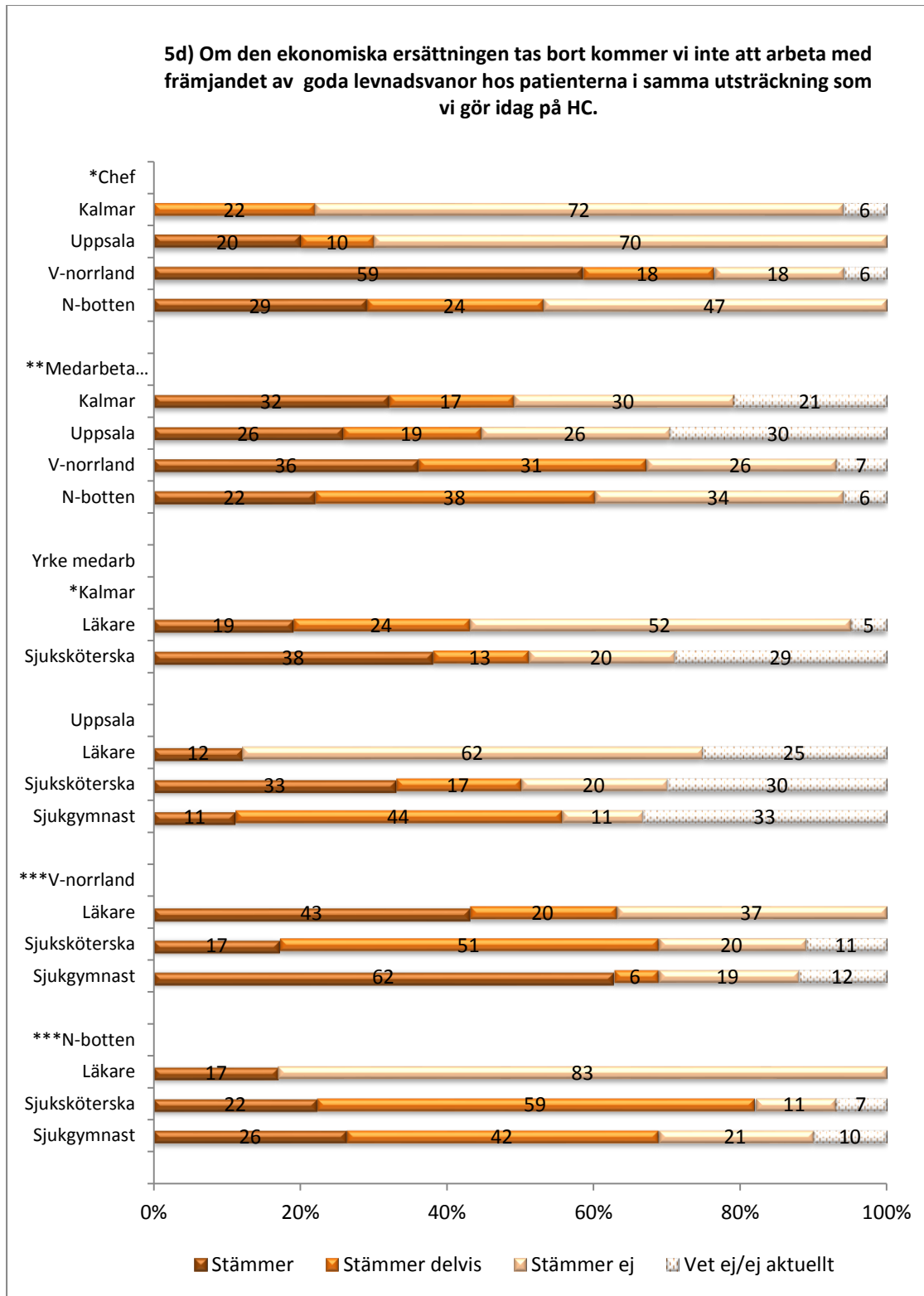
Figur 5a. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, *** $p < 0.001$



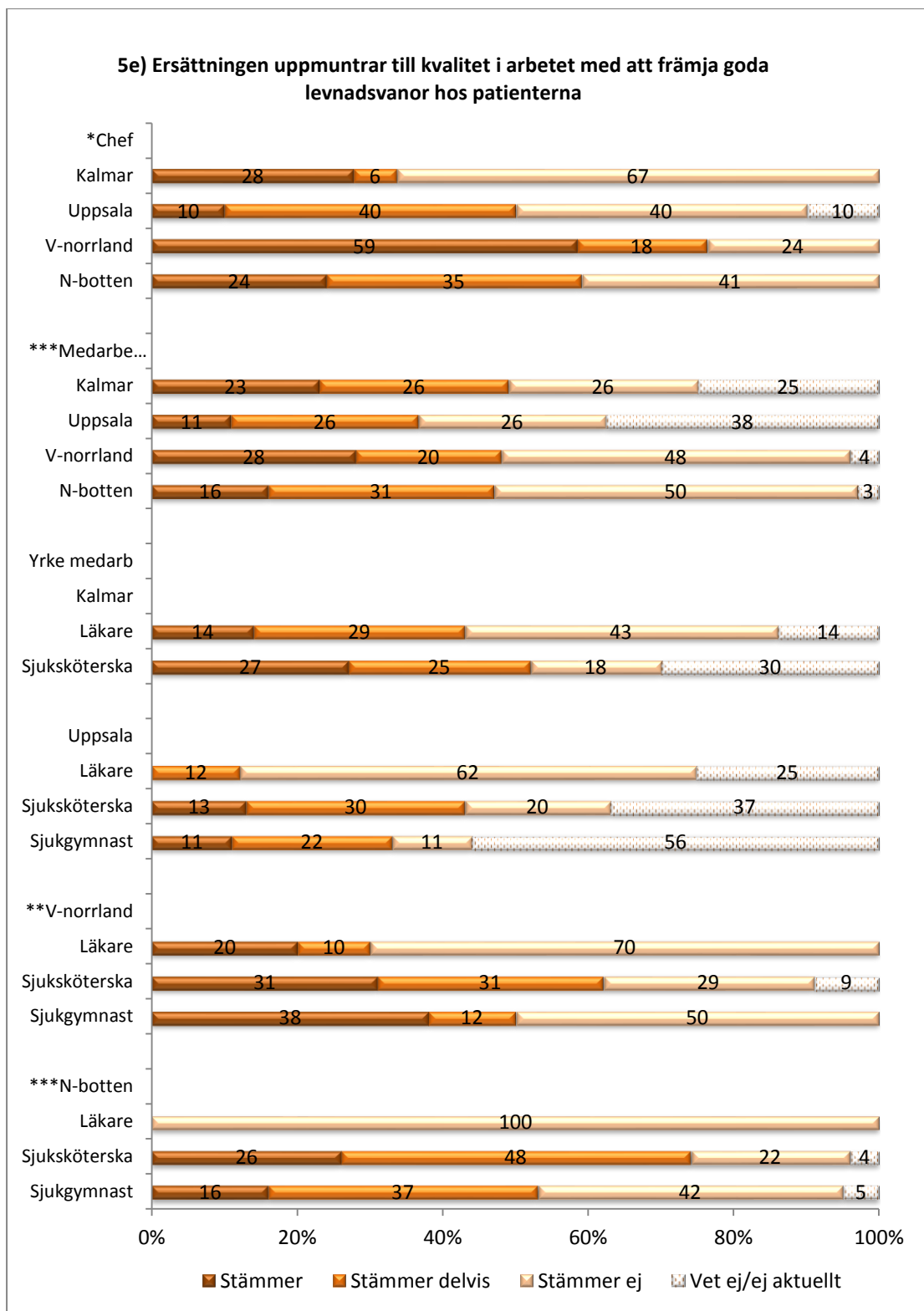
Figur 5b. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$



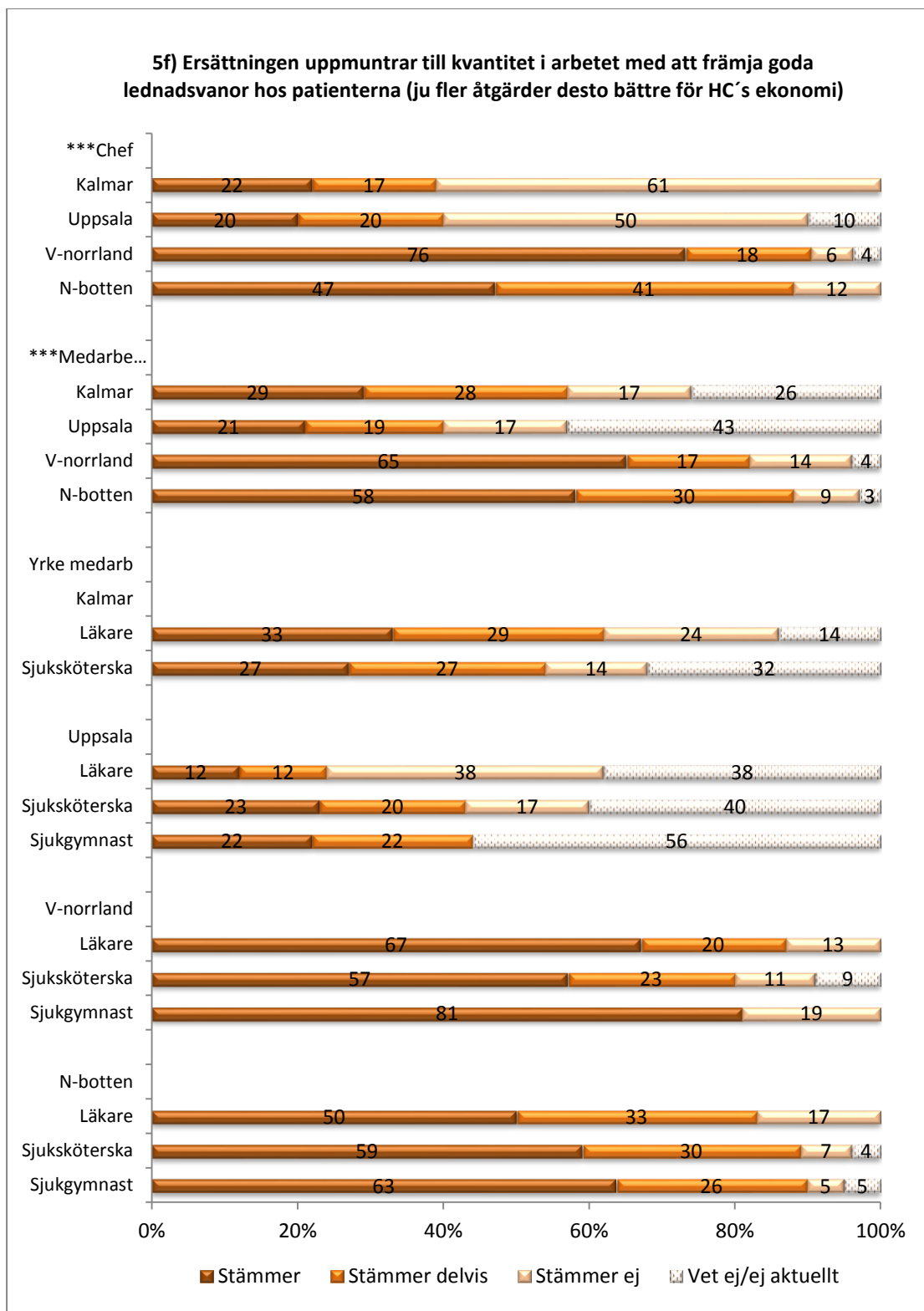
Figur 5c. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, * $p < 0.05$, *** $p < 0.001$



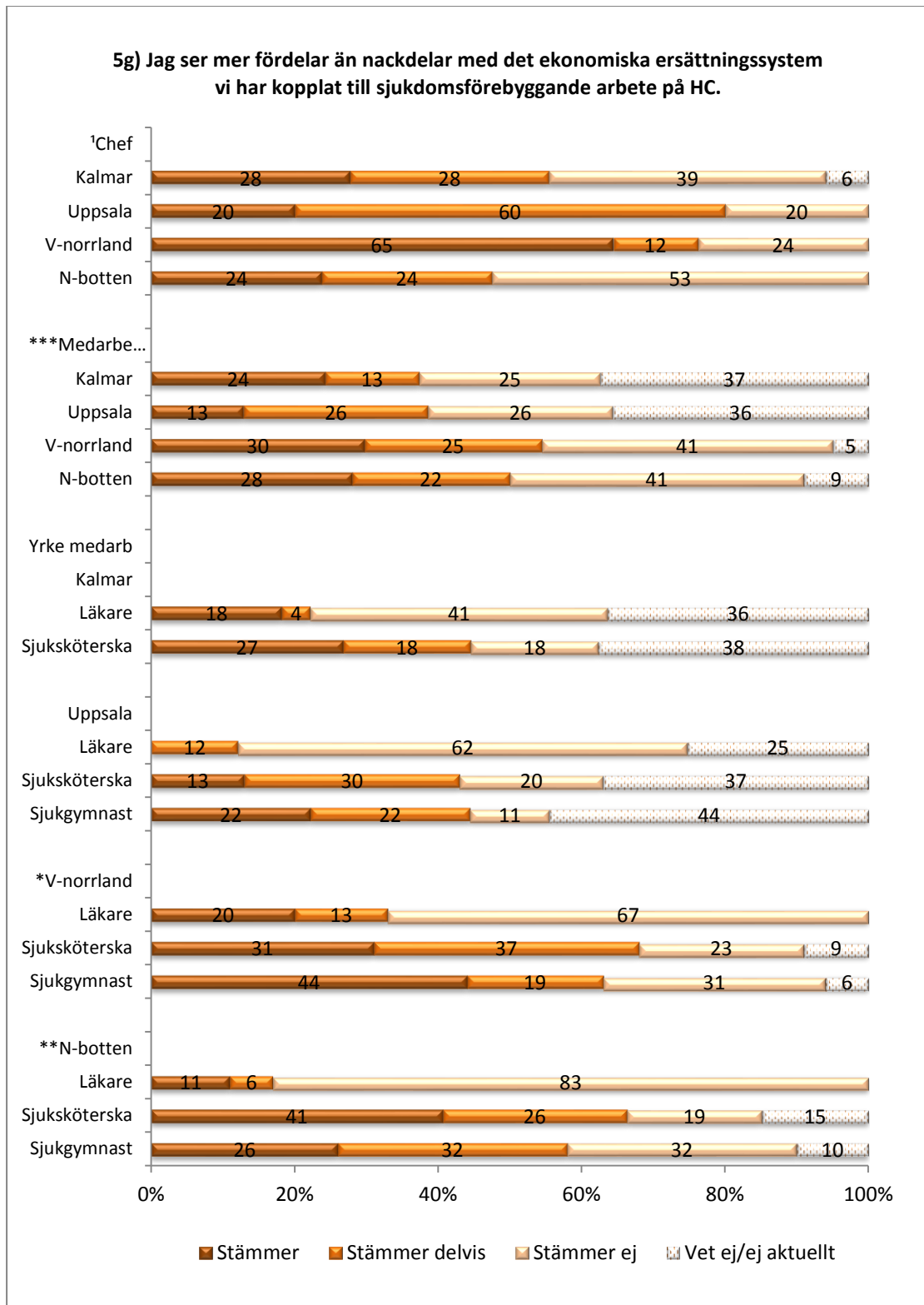
Figur 5d. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, * $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$



Figur 5e. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, * $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$



Figur 5f. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, *** $p < 0.001$



Figur 1g. Uppfattningar (%) om ekonomiska styrsystem kopplat till sjukdomsförebyggande arbete, * $p < 0.05$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.001$, ¹gränssignifikans ($p = 0.056$)