



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Primärvårdens målkonflikter

En fallstudie av sju vårdcentraler i Region Skåne



Författare: Helén Brådner & Cecilia Noretöft

Handledare: Petter Boye

Examinator: Petter Boye

Medbedömare: Martin Holgersson

Termin: HT20

Ämne: Företagsekonomi

Nivå: Kandidat

Kurskod: 2FE98E



Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka målkonflikter inom primärvården i Region Skåne samt vilken inverkan patientens fria val har på dessa konflikter. En kvalitativ fallstudie av sju vårdcentraler i Region Skåne genomfördes. Fyra av vårdcentralerna var belägna på landsbygden och övriga tre var lokaliserade i två utav Skånes största städer. Semistrukturerade intervjuer med verksamhetschefen för respektive vårdcentral utfördes.

Region Skåne styr primärvårdsverksamheten genom fastställande av budget samt genom att bestämma hur aktuellt ersättningssystem ska vara utformat. Dagens ersättningssystem upplevs komplicerat att använda, men enkelt att manipulera.

Patientens fria val, med obegränsat antal omlistningsmöjligheter, påverkar vårdcentralernas budgetplaner. För vissa verksamheter innebär ett ständigt varierat patientunderlag snabbt inaktuella budgetunderlag. Det fria valet påverkar även patientsäkerheten genom avsaknad av kontinuitet.

Det horisontella och vertikala ledningssystemet är sammanhängande och medför en ständig balansgång för verksamhetscheferna inom primärvården Region Skåne.

Nyckelord

Målkonflikt Budget Primärvård Ersättningssystem Patientens fria val



Abstract

The purpose of this study was to investigate goal conflicts in primary care in Region Skåne and what impact the patient's free choice has on these conflicts. A qualitative case study of seven health centers in Region Skåne was conducted. Four of the health centers were located in the countryside and the other three were located in two of Skåne's largest cities. Semi-structured interviews with the head of operations for each health center were conducted.

Region Skåne manages the primary care operations by determining the budget and by deciding how the current compensation system should be designed. Today's replacement system is perceived as complicated to use, but easy to manipulate.

The patient's free choice, with an unlimited number of re-listing options, affects the health centers' budget plans. For some operations, a constantly varied patient base means rapidly outdated budget bases. Free choice also affects patient safety through a lack of continuity.

The horizontal and vertical management system is coherent and entails a constant balancing act for the heads of operations within primary care in Region Skåne.

Keyword

Goal conflict Budget Primary care Compensation system The patient's free choice



Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Bakgrund till dagens tillitsbaserade styrning inom hälso- och sjukvård	5
1.2 Aktuella konflikter mellan hälso-och sjukvårdens ledningssystem	6
1.3 Problemformulering	9
1.4 Syfte	9
1.5 Disposition	10
2. Metod	11
2.1 Forskningsansats	11
2.1.1 Forskningsstrategi och vetenskapligt förhållningssätt	11
2.1.2 Forskningsdesign	12
2.2 Urval	13
2.3 Datainsamling	15
2.3.1 Dokument	15
2.3.2 Intervjuer	15
2.4 Analysmetod	17
2.5 Vetenskaplig kvalitet	19
2.5.1 Kvalitetsmått	19
2.5.2 Etik	20
2.5.3 Källkritik	21
3. Styrningsmodeller inom svensk hälso- och sjukvård	23
3.1 Ledningssystem och hur dessa interagerar med varandra	23
3.1.1 Vertikalt ledningssystem	23
3.1.2 Horisontellt ledningssystem	24
3.1.3 Konflikter mellan vertikala och horisontella ledningssystem	25
3.1.4 Målstyrning inom svenska regioner	26
3.2 Primärvårdens övergripande styrning i Sverige	29
3.2.1 Patientens fria val	30
3.2.2 Mål och syfte med processtyrning inom primärvården	31
3.3 Ersättningssystem som en del i primärvårdens övergripande styrning	33
3.3.1 Kapitation	34
3.3.2 Åtgärdsbaserad respektive målrelaterad ersättning	35
4. Tillämpning av styrmodeller och upplevelser av målkonflikter i Region Skånes primärvård	37
4.1 Primärvården Skånes övergripande organisation och styrning	37



4.2 Skånes primärvård i praktiken	42
4.2.1 Nätläkarens intåg på marknaden	42
4.2.2 One size fits not all	43
4.2.3 Brister i ett komplext system	44
4.2.4 Medicinsk kvalitet och kontinuitet	45
4.2.5 Systemets funktion är beroende av personalens kunskap	47
5. Hantering och konsekvenser av identifierade målkonflikter inom primärvården Region Skåne	49
5.1 Målstyrning och målkonflikter	49
5.2 Konflikt mellan praktik och vertikal styrning	49
5.3 Decentralisering och vertikal måluppfyllelse	53
6. Balansgång mellan ekonomi och kvalitet i ett komplext system	56
6.1 Ett vertikalt systems nackdelar kräver en attraktiv arbetsgivare	56
6.2 Patientens bästa och patientens vilja - en intressekonflikt!	58
6.3 Förslag till vidare forskning	59
KÄLLFÖRTECKNING	61
BILAGOR	67
Bilaga 1 – Intervjuguide	67
Bilaga 2 - Begrepp	68



1. Inledning

I detta första kapitel ges en bakgrund till hur dagens tillitsbaserade styrning inom hälso- och sjukvården har vuxit fram. Därefter förs en problematiserande diskussion kring sjukvårdens lednings- och ersättningsystem och vilken inverkan vårdvalsreformen har haft. Slutligen presenteras studiens forskningsfrågor, syfte och disposition.

1.1 Bakgrund till dagens tillitsbaserade styrning inom hälso- och sjukvård

Under 1970-talet expanderade den offentliga sektorn vilket medförde utmaningar för svensk hälso- och sjukvård. En ökande befolkning och en större andel äldre innebar ökade kostnader och dessutom fanns ett behov av att modernisera medicinsk utrustning (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019). Effektiviseringen skulle ske genom stramare budget och lägre kostnader (Karlsson, 2017). Svensk offentlig sektor influerades under 1980-talet av New Public Management (NPM), en teori innebärande att offentlig sektor styrs likt ett vinstdrivande företag. För svensk del innebar detta marknadsutsättande av den offentliga sektorn, men fortsatt finansiering via offentliga medel (Hellman et al, 2019).

NPM är omdiskuterat då det hävdas att modellen inte är användbar i offentlig verksamhet (Anthony, Govindarajan, Hartmann, Kraus & Nilsson, 2014). Inom svensk offentlig sektor har dock idén om vinstdrivande förvaltningar haft ett dominerande genomslag, ett synsätt med ursprung i NPM. Patienter får numera fritt välja bland offentliga och privata vårdcentraler. De privata vårdcentralerna får ta del av och finansieras med hjälp av offentliga medel (Hellman et al, 2019). Kritik som framkommit mot NPM har bland annat handlat om att dess centrala syfte, att minska kostnad per vårdtjänst, istället har stärkt byråkratisering på mellannivå genom ökad mängd rapporteringssystem. Styrverktyg som budgetering, resurskontroll och mätbara indikatorer har förstärkt administrativa verksamhetsdelar på kliniska professioners bekostnad (Kastberg & Siverbo, 2007). Förespråkare för NPM har hävdats att metodens fördel ligger i att kunna sänka kostnader och genom bättre kvalitets- och produktionsutförande "göra mer för mindre". Dock har inte tydliga belägg för detta kunnat ses (Hood, 1991).

För att stödja implementeringen av NPM i svensk hälso- och sjukvård skapades i början av 1990-talet aktivitetsbaserade ersättningsystem. NPM kom efter en tid att, som nämndes



tidigare, förknippas med ökad administration och detaljstyrning. Dessutom tillkom upplevda krav på att behöva modernisera diagnosställningen för att få ihop en god ersättning till verksamheten via nämnda kompensationssystem. Lösningen blev *tillitsbaserad styrning i hälso- och sjukvården*, innebärande att medarbetarna gavs större frihet i att sköta verksamheten utan detaljstyrning (Anell, 2020). Det tillitsbaserade arbetssättet innebar ett mer processtyrt sätt att leda (Regeringskansliet, 2020) där ansvar och möjlighet för att kunna förbättra patientens upplevelse lades lokalt bland de som fysiskt eller digitalt träffar densamme. Syftet med denna typ av verksamhet är att förbättra patientens resa genom vårdkedjan, effektivisera restiden och höja kvalitetsnivån på den utförda "tjänsten" (Kastberg & Siverbo, 2013).

1.2 Aktuella konflikter mellan hälso-och sjukvårdens ledningssystem

Vårdcentraler bedriver nästan helt uteslutande primärvård. Primärvården ansvarar för den del av medborgarnas vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser (SKR, 2020i). En stor förändring för vårdcentralerna har varit den så kallade vårdvalsreformen som infördes 2010. Med reformen har medborgarna rätt att lista sig hos valfri vårdcentral. Görs inget val listas medborgaren hos senast besökta vårdgivaren alternativt hos geografiskt närmaste vårdcentral (Glenngård, 2013a). Vårdvalets mål är att genom att låta offentliga och privata vårdcentraler konkurrera om samma offentliga medel öka kvaliteten på utförda vårdtjänster (Anell, 2020; Glenngård, 2013b). Kan dock vara så att även om vårdcentralen lever upp till god kvalitet så gör inte alltid patienterna sina val utifrån detta. Den kvalitetsinformation som finns om olika vårdgivare används inte av medborgarna fullt ut, menar Anell (2020). Detta leder till att deras val kan vara irrationella sett till de skillnader i kostnader och kvalitet som finns. Följaktligen kan vårdcentralen drabbas av minskade intäkter om patienterna byter vårdgivare, trots att vårdcentralen levt upp till alla ställda kvalitetskrav. Anell (2020) hävdar att det inte finns några belegg för att det fria valet av vårdgivare skulle leda till bättre kvalitet. Dagens vårdssituation ställer höga krav på att de ersättningsmodeller som används fördelar resurserna på ett rättvist och effektivt sätt.

Vårdcentralens kostnader styrs av dess budget. Intäkterna genereras utifrån kapitation (ersättning per listad patient) samt varierande former av bidrag, t ex prestationsersättning (ersättning per besök) och målrelaterad ersättning (Lindgren, 2014). Hur ersättningsystemet är



utformat har stor betydelse för hur respektive vårdcentral ska lyckas uppfylla sina mål. Primärvårdens ersättningsmodeller kombineras och kompletteras på olika sätt så att ersättningen utgörs av flera delar, rörliga och fasta, prospektiva och retrospektiva. Ingen variant är optimal, varför de passar olika bra i olika situationer (Skog, 2018). En ersättningsmodell som används i samtliga svenska regioners primärvård är kapitation. Kapitationsersättningen grundas i olika karaktäristika hos befolkningen. Ålder, socioekonomi och vårdtyngd viktas på varierande sätt och spelar roll i hur ersättningen beräknas (Lindgren, 2014). En annan ersättningsform är ersättning per besök som favoriserat snabba, enkla möten. Något som lett till att mer komplicerade fall har bortprioriteras (Karlsson, 2017). Detta fenomen kallas för “cream skimming” och innebär att kostsamma patienter väljs bort till förmån för patienter med enklare åkommor. Detta är vanligt inom primärvården och har uppstått till följd av de ersättningsmodeller som används (Loodin, 2019). En tredje form av ersättning är målrelaterad ersättning som har visat sig ha en begränsad effekt på kvalitetsmätningar och resultat. Anell (2020) anser att resultatmått är osäkert att använda vid beräkning av ekonomisk ersättning. Vårdgivaren kan justera data och ändra sitt beteende för att uppnå målen, vilket inte är till någon patientfördel.

Vid en studie inom specialistsjukvården påvisades att horisontella ledningsmål (att skapa värde för kunden) användes som komplement till det vertikala ledningssystemet. Det horisontella systemet användes främst för att övervaka processaktiviteter, ta fram statistik för prestationsutvärdering samt upptäcka “flaskhalsar” i verksamhetsflödet. Informationen användes framförallt av personer aktiva i den kliniska verksamheten. Även om detta exemplifierar specialist- och inte primärvård är principen densamma. Fokus ligger på vertikala dimensioner på bekostnad av de horisontella. Paulsson (2017) påpekar att även om processverksamheter har getts större utrymme så har inte den vertikala strukturen mjukats upp utan hållits intakt. Beslutsfattandet har tagit sig längre ner i den vertikala organisationen under NPM:s inflytande, medförande att centrala beslut styr den dagliga verksamheten (Paulsson, 2017).

Strävan efter att nå de vertikala målen (ekonomiska målen) kan ske på bekostnad av de horisontella (Kastberg & Siverbo, 2013). I vården riskerar man att ha en tung administrativ belastning och stark vertikal kontroll samtidigt som man ska handla i enlighet med kliniska riktlinjer såväl som uppnå medicinska mål (Angelis, Glenngård & Jordahl, 2019). Vertikala och horisontella dimensioner kan leda till konflikter. En källa till konflikt är hur enheter är



finansierade, hur ersättningssystem är utformade och hur dessa motiverar medarbetarnas agerande (Pettersen & Solstad, 2015). Chefer får svårt att nå uppsatta budgetmål på grund av att de påverkas av beslut som ligger utanför deras kontroll men som ändå påverkar deras egna utgifter (Pettersen & Solstad, 2015). Inom matrisorganisationer kan detta uppstå då flera områden ska tillgodoses samtidigt (Lindvall, 2011). Även McNaulty & Ferlie (2004) kunde påvisa uppkomst av dilemman inom sjukvårdens matrisorganisationer när beslut skulle fattas för den kliniska verksamheten, som samtidigt skulle överensstämma med krav från den centrala ledningen. De ansåg det svårt för en hälso- och sjukvårdsorganisation att kunna leverera kvalitativa, offentliga tjänster efter införandet av den processororienterad verksamhetsstyrningen.

En studie bland knappt 700 verksamhetschefer inom svensk primärvård stärker uppfattningen om att det saknas optimala lösningar när det gäller ersättningsmodeller. Oavsett ersättningssystemens utformning, som varierade mellan regionerna, var cheferna lika missnöjda (Anell, 2019). En fast ersättning, som kapitation, främjar förändrade arbetsformer inom de kostnadsramar som finns. Det ger dock inget incitament till att göra något ytterligare då extra arbete inte tillför mer ekonomiska medel. Genom en rörlig ersättning kan verksamheten enklare se kopplingen mellan att mer utfört arbete ger mer pengar i kassan. Samtidigt innebär det också att det inte finns någon drivkraft till att förändra och förbättra arbetsformer på, i och med att man får ersättning för det sätt man utför arbetet på i dagsläget (Anell, 2020). Dessa vertikala ledningssystem anser Kastberg & Siverbo (2013) vara ett hinder för att nå mål inom en processverksamhet.

Sjukvården ska utföra sina tjänster i enlighet med kliniska riktlinjer och samtidigt leva upp till regionernas prestationsmål, vilka styrs av att utöka sjukvårdens effektivitet. Finansiärerna, i sin roll som lagstiftare, fokuserar på medborgarnas behov. Medborgarna däremot, som patienter, söker behandling för sina individuella behov. Dessa två intressenter kan förmodas ha olika sätt att bedöma en vårdgivare. Patienternas erfarenheter styr deras åsikter och val av vårdgivare mer än vad fakta och jämförande information påverkar (Glenngård & Anell, 2017). Studieresultat har dock visat att sjukvårdsleverantörer som lyckas uppfylla patientens förväntningar också lyckas med att följa de riktlinjer som är framtagna av myndigheter för att nå en ökad standardisering av vården. Detta talar emot den avvägning som tidigare har sagts funnits mellan den individuella patientens krav och nationella riktlinjer för folkhälsa. Tidigare forskning inom svensk primärvård tyder också på att det inte finns någon konflikt mellan högre produktivitet,



kvalitet sett ur ett folkhälsoperspektiv och mer tillfredställda patienter (Anell & Glengård, 2017). En vårdcentralen har flera dimensioner att hantera i det dagliga arbetet baserat på kvalitetskrav och patientens behov (Paulsson, 2017). Vårdcentraler behöver dels effektivisera vårdkedjan, och på så sätt skapa bättre kvalitet för sina patienter, dels sträva efter att uppnå sina budgetmål (Paulsson, 2017).

En utmaning för hälso- och sjukvården är att minska de spänningar som finns mellan att säkerställa tidseffektiv och likvärdig vård och samtidigt hålla sig inom en begränsad budget (Ellegård & Glengård, 2019). Angelis, Glengård och Jordahl (2019) påtalar att primärvården har originella egenskaper som gör att implementering och användning av dess ledningssystem behöver vara speciellt anpassade till just denna organisationsform. Primärvården är första instans i sjukvårdssystemet och ger personorienterad vård över tid till alla medborgare (Angelis et al, 2019). Detta ställer krav på att deras resurser används effektivt och ödslas på konflikter uppkomna ur brister inom HMAS och VMAS.

1.3 Problemformulering

Huvudfråga

Uppsatsen avser att besvara följande forskningsfråga:

Hur hanteras primärvårdens målkonflikter, vilka uppkommit till följd av aktuella ledningssystem, och framförallt, hur inverkar patientens fria val?

1.4 Syfte

Studiens syfte är att redogöra för hur målkonflikter inom primärvården hanteras samt vilken inverkan patientens fria val har på uppkomsten av konflikter.

1.5 Disposition

Kapitel 1 - Inledning



En bakgrund ges till den tillitsbaserade styrningen inom hälso- och sjukvården. Vidare en problematiserande diskussion kring aktuella målkonflikter och sjukvårdens styrning. Därefter presenteras studiens forskningsfrågor och syfte.

Kapitel 2 - Metod

I detta kapitel presenteras och motiveras de val som gjorts ifråga om forskningsstrategi, metod och analys. Vidare ges en presentation av forskningsobjekt samt urval. Slutligen resoneras kring studiens kvalitativa värde.

Kapitel 3 - Styrningsmodeller inom svensk hälso- och sjukvård

Här ges en teoretisk överblick av vertikala och horisontella ledningssystem. Övergripande presentation av styrning, organisation och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården och framförallt inom primärvården.

Kapitel 4 – Tillämpning av styrmodeller och upplevelser av målkonflikter i Region Skånes primärvård

Presentation av Region Skånes organisation och styrning utifrån en innehållsanalys av deras publika material. Därefter redogörs för vittnesmål från sju verksamhetschefer inom primärvården Region Skåne genom en tematisk analys.

Kapitel 5 – Hantering och konsekvenser av identifierade målkonflikter inom primärvården Region Skåne

Studiens resultat presenteras och diskuteras.

Kapitel 6 – Balansgång mellan ekonomi och kvalitet i ett komplext system

I slutkapitlet summeras studiens resultat tillsammans med idéer om fortsatt forskning i ämnet.



2. Metod

I detta kapitel motiveras forskningsstrategi, design och vetenskapligt förhållningssätt. Forskningsobjektet, Region Skånes primärvård, presenteras tillsammans med gjorda urval och tillvägagångssätt. Studien genomförs som en fallstudie av sju vårdcentraler. Slutligen belyses etiska förhållningssätt och kritisk granskning av källor.

2.1 Forskningsansats

2.1.1 Forskningsstrategi och vetenskapligt förhållningssätt

Denna studies syfte är att redogöra för hur målkonflikter inom primärvården hanteras samt vilken inverkan patientens fria val har på uppkomsten av dessa konflikter. En kvalitativ forskningsstrategi har valts för att genomföra studien. Bryman och Bells (2017) illustration av kvalitativ forskning utgörs av sex steg: utformning av en frågeställning, val av plats och personer att undersöka, samla in data, tolka data, arbeta igenom materialet och eventuellt inhämta ytterligare data och slutligen redogöra för resultat och slutsatser.

Utgångspunkten för denna studie är problemformuleringen: ”Hur hanteras primärvårdens målkonflikter, vilka uppkommit till följd av aktuella ledningssystem, och framförallt, hur inverkar patientens fria val?”. Val av respondenter har gjorts, intervjuer genomförts och empirin analyseras med hjälp av tematisk analys. I de två sista kapitlen har empirin diskuterats och vävts samman med teori för att mynna ut i resultat och slutsatser, vilka besvarar studiens frågeställning och uppfyller dess syfte. Genom att belysa och undersöka individer och verksamheter inom primärvården Region Skåne kommer författarna få en uppfattning om hur deras verklighet ser ut och på så vis förhoppningsvis kunna dra teoretiska slutsatser kring uppställda frågeställningar. Kan dock nämnas att, även om studien landar i någon form av teoretiska slutsatser, kan nog dessa, som Bryman & Bell (2017) påpekar, mer ses som en generalisering av inhämtad empiri mer än en allmän vetenskapsmodell.

Sveriges primärvård styrs av respektive region [SKRh], som i sin tur styrs av folkvalda politiker, vilkas arbete regleras av kommunallagen och olika speciallagar, däribland hälso- och



sjukvårdslagen (SKR, 2020g). Här ses en central styrning, som borde innebära att eventuella målkonflikter skulle te sig likartade inom alla landets regioner. Dock har respektive region relativt stor frihet när det gäller hur primärvården ska drivas (SKR, 2020a) och dessutom består organisationer av människor, vilka kan uppfatta och genomföra sitt arbete på olika sätt. Hade studien genomförts med hjälp av en kvantitativ forskningsstrategi hade författarna inte gett nyansskillnader i empirin samma utrymme som det nu får. Möjligheten till tolkning av empirin medför också ett ansvar för hur detta görs. Merriam (1994) belyser att i en kvalitativ studie styr författaren vilken information som inhämtas, varför en sådan studie kan ses som en spegling av författarens egna åsikter. Viktigt således att försöka hålla ett objektivt förhållningssätt vid sortering och tolkning av empiri och resultat. Samtidigt bär författarna på egna erfarenheter och åsikter som kan ha relevans vid analyser och slutsatser. Därför behöver både ett objektivt och subjektivt förhållningssätt finnas med under arbetets gång, men det ska naturligtvis inte innebära att studieobjektets verklighet förvrängs. Författarnas uppfattning är att primärvård längre tillbaka i tiden var strikt hierarkisk och centralt styrd, att medlemmarna lärde sig och anpassade sig till de normer och krav som fanns uppställda. Bryman & Bell (2017) förklarar en sådan organisation som en tvingande kraft som kan styra och påverka sina medlemmar, men att medlemmarna inte kan påverka organisationen genom det sätt de agerar och tänker. Inom dagens sjukvård används ett processtyrt arbetssätt, vilket innebär att det sker ett kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete. Uppfattningen är att detta har skapat ett öppnare klimat inom den tidigare starkt hierarkiska organisationen och uppmuntrar samtliga medlemmar att bidra till en bättre verksamhet. Utifrån detta kan organisationen ses som dynamisk och att den kan påverkas och förändras med hjälp av de människor som verkar inom den. Genom att utföra denna studie med en sådan utgångspunkt är det lättare att ha ett öppet sinne till att kunna avläsa hur målkonflikter uppstår inom en organisation. En organisation som utåt sett har samma riktlinjer att förhålla sig till, men ändå befinner sig i ständig förändring vad gäller arbetssätt och kvalitetsutveckling. Bryman & Bell (2017) påtalar att en forskares beskrivning av den sociala verkligheten är en konstruktion. Något som författarna är medvetna om, att den bild som ges av primärvård är en ögonblicksbild och inte kan ses som statisk.

2.1.2 Forskningsdesign

För att genomföra denna kvalitativa studie har en fallstudiedesign använts. Fallstudien ses som ett bra alternativ när en verklig situation ska studeras och samtidigt kombineras med en



helhetssyn (Yin, 2019). Fallet i fråga är en organisation, primärvården inom en av Sveriges regioner. Målet är att redogöra för hur organisationens målkonflikter hanteras och hur patientens valfrihet påverkar desamma. Enbart en viss del av regionverksamheten kommer studeras. Tanken är att få en djupare förståelse för hur de inom denna avgränsade del av organisationen förhåller sig och upplever konflikter. Även om denna utvalda del av primärvården Skåne kommer sättas i ett större perspektiv är inte meningen att dra några paralleller till hela regionen eller landets övriga primärvårdsenheter. Med hjälp av uppställd frågeställning får denna fallstudie sin yttre ram kring vad som ska undersökas. Utan denna finns risk för oklart fokus, att allt för mycket kommer försöka täckas in i studien (Yin, 2019).

Fallstudiedesign beskrivs som bra för att kunna kombinera olika metoder. Något som är positivt, att kunna inhämta empiri via olika tillvägagångssätt för att öka tillförlitligheten (Bryman & Bell, 2017). I denna studie kommer primärdata, i form av semistrukturerade intervjuer, användas tillsammans med sekundärdata, i form av regionens offentliga publikationer. Regionens dokument kan understödja intervjumaterialet i vissa delar, till exempel avseende ersättningssystemets uppbyggnad och regionens styrning. En säkerhet för författarna, att kunna kontrollera att det som hörts under intervjuerna inte missuppfattas.

Inom forskning har stor betydelse lagts vid fallstudiers externa validitet och generaliserbarhet. Hur kan ett enskilda fall användas för att dra allmänna slutsatser kring ett ämne? Forskare har påpekat att fallstudiens syfte och styrka är att gå på djupet i ett specifikt fall och skapa en grundlig förståelse för just detta. Fallstudien är inte optimal för generaliserande slutsatser applicerbara på andra fall (Bryman & Bell, 2017). Detta är inte heller denna studies syfte, att generalisera resultaten till andra organisationer. Tanken är enbart att skapa en djupare inblick i primärvården Region Skåne än vad författarna har i dagsläget. Mot denna bakgrund anses fallstudiemetoden vara ett acceptabelt val av metod och uppfylla de förväntningar som finns på denna studies resultat.

2.2 Urval

Studien har genomförts som en fallstudie av den offentliga primärvården inom Region Skåne. I Region Skåne bor 1,3 miljoner invånare varav knappt hälften bor på den västra sidan av länet, framförallt i Malmö, Helsingborg och Lund. Kristianstad är centralort i länets östra del, där



befolkningstätheten är betydligt lägre (Regionfakta, 2020). Regionen har sitt centrala säte i Kristianstad men betydande funktioner finns även i Malmö och Lund.

Urval av studieobjekt har skett i tre steg. Först valdes Skåne ut bland Sveriges 21 regioner. Ingen specifik urvalsmetod användes här utan att valet föll på just Region Skåne var enbart därför att den var bekant för författarna samt att den framkom vid studiens litteraturgenomgång. Bland annat uppgavs i Anna Glenngård och Anders Anells rapport från 2012 "Vårdval i primärvården - Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar" att bland svenska primärvårdschefer upplevde cheferna i Skåne lägst möjlighet till kontroll av de kostnader de ansvarade för.

I ett andra steg avgränsades studien till att endast omfatta primärvården och de offentliga verksamheter som verkar inom denna organisation. Sveriges regioner ansvarar för flera delar inom sitt respektive geografiska område, bland annat hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik, stärka regionens tillväxt och utveckling vad gäller t ex näringsliv och miljö (SKR, 2020b). Primärvården är första linjens sjukvårdssystem och ger vård över tid för alla medborgare (Angelis, Glenngård & Jordahl, 2019). Denna del av regionverksamheten upplevdes som intressant då den påverkar den enskilde medborgaren både genom att ge personlig vård och genom att vara en del av folkhälsan i stort. Ett sista urval gjordes vid val av intervjurespondenter. Populationen bestod av verksamhetschefer inom regionens offentliga vårdcentraler. Med anledning av en rådande pandemi var primärvården inom vald region extremt belastad, något som primärvårdschefer vittnade om vid kontakt och som angavs som orsak vid nej tack till att medverka i studien. Antal genomförda intervjuer blev till sist sju stycken. Önskvärt hade varit flera, men grundat i att verksamheterna är offentliga och inom samma region, styrs de av samma ersättningssystem och riktlinjer. Utifrån detta betraktades de sju intervjuerna ge tillräckligt underlag för att kunna besvara studiens frågeställningar. Förutom intervjumaterialet består insamlad data av offentliga dokument från Region Skåne.

Urvalet av respondenter gjordes genom ett icke-sannolikhetsurval då de inte samplades fram genom sannolikhetsurval. Respondenternas verksamheter valdes ut genom ett målstyrt urval baserat på vårdcentralens geografiska och demografiska läge. Enheterna skiljer sig åt beroende på var i regionen de är lokaliserade, vilket patientunderlag de har och grad av konkurrens som finns i dess närhet. Dessa varierande förutsättningar skapar förhoppningsvis en representativ bild totalt sett av primärvårdens målkonflikter. I och med detta upplevs urvalet vara representativt även om det inte sällats ut via ett sannolikhetsurval. I takt med att utvalda



intervjupersoner tackade nej till deltagande blev urvalet mer och mer koncentrerat, något som minskade urvalets representativitet. Studiens resultat skulle inte ha kunnat generaliseras till en population ändock, i och med att urvalet inte är gjort genom ett sannolikhetsurval (Bryman & Bell, 2017). Tanken med studien är inte heller att framställa ett resultat applicerbart på samtliga vårdcentraler i regionen, eller i landet, utan endast ge exempel på målkonflikter som kan komma att uppstå för en vårdcentralsenhet. Främsta anledningen till att respondenterna tackade nej till deltagande var hård belastning och tidsnöd på grund av pandemin, som nämndes ovan. Denna anledning tolkas således bero på yttre omständighet, omöjlig att påverka, och inte ha sin grund i huruvida de var hårt drabbade av målkonflikter eller inte, dess geografiska läge, patientunderlag eller konkurrenssituation. Faktorer som skulle kunna ha påverkan på studies utfall.

2.3 Datainsamling

Empirin inhämtades via semistrukturerade intervjuer och sekundärdata i form av material från Region Skåne.

2.3.1 Dokument

Region Skåne är en offentlig verksamhet och en stor mängd material finns tillgängligt för allmänheten. På regionens hemsida finns dokument avseende bland annat deras organisation och verksamhetsplaner. Några av dessa dokument har använts som empiriunderlag. Då dokumenten är publicerade av en offentlig myndighet upplevs dess autenticitet och trovärdighet som hög.

2.3.2 Intervjuer

Syftet med intervjuer i en kvalitativ fallstudie är att erhålla information inom definierade ramar utifrån forskningsfrågor. I ett första skede väljs vilken typ av intervju som ska genomföras. Den fasta intervjustrukturen kan liknas vid en enkätform, och passar bäst när ett stort antal respondenter ska intervjuas. Motsatsen till den fasta strukturen är den öppna, ostrukturerade, som kräver mer erfarenhet och tid av de som genomför intervjun, då det krävs flexibilitet för att på ett bra sätt sammanställa materialet (Merriam, 1994). I denna studie utformades intervjuerna som delvis strukturerade, dvs delvis styrande (semistrukturerad). Enligt Merriam (1994) kännetecknas sådana intervjuer av att frågorna är fastställda i förväg, men exakt hur de



formuleras bestäms under intervjuens gång. Utarbetat intervjutema och specifika frågor har funnits i denna studie, men respondenten har haft stor möjlighet att själv kunna utveckla sina svar. Författarna har haft möjlighet att ställa kompletterande frågor vid behov. Bryman & Bell (2017) poängterar vikten av att ha flexibla frågor, så att intervjupersonernas resonemang kan följas fram och åter. Detta för att författarna ska kunna få en god bild av intervjupersonernas upplevda verklighet, men även för att erhålla information utifrån specifika delar från samtliga respondenter (Merriam, 1994).

Yin (2019) tar upp två typer av intervjuer, den långa och den korta. Den långa intervjun innebär ett samtal på minst två timmar, antingen i ett och samma samtal eller under flera korta. Denna typ av intervju hade krävt mycket tid i anspråk, något som var en bristvara för respondenterna, vilket har förklarats ovan i avsnitt 2.2. Fördelen med en lång intervju är att den skulle ha lett till en djupare förståelse av studerad verksamhet. Den andra typen av intervju som Yin (2019) tar upp är den korta intervjun. Den kan fortfarande ha en öppen struktur, men tar mindre tid i anspråk än den långa intervjun. Syftet med intervjuerna var att ta del av hur respondenten upplever sin sociala verklighet, för att författarna i sin tur skulle kunna besvara studiens frågeställning. Via semistrukturerade intervjuer med sju verksamhetschefer gavs en god inblick i den operativa delen av primärvården. Analysen av materialet tog mindre tid i anspråk genom denna intervjuform, än vad det förmodligen hade gjort vid analys av öppna intervjuer. Detta då frågorna var desamma vid samtliga intervjuer och att det i och med det var enklare att dra paralleller och se mönster mellan svaren än det hade varit vid analys av öppna intervjusvar.

Intervjuerna genomfördes via digitala möten eller telefon på grund av rådande pandemi. Respondenterna kontaktades via e-post och därigenom bokades intervjutid. Efter resonemang gjordes valet att genomföra intervjuerna vid inplanerade möten istället för att ställa frågorna vid ett oplanerat telefonsamtal. Det sistnämnda skulle kunna leda till ogenomtänkta svar och en ofokuserad intervju resulterade i sämre kvalitet. Att delge respondenterna frågorna i förväg avstods från då detta skulle kunna leda till förskönade svar. Något som i sin tur skulle kunnat innebära att författarna inte fått ta del av respondentens upplevda sociala verklighet, vilket var ett utav intervjuernas syfte. Hur respondenterna svarade skiljde sig åt. Någon var relativt återhållsam och fåordig, någon var ny på jobbet och någon var i uppstarten med en ny vårdcentral. Andra hade längre ledarskapsfarenhet, från specialistsjukvården eller genom att under en längre tid varit delaktig i vårdcentralens verksamhet. Även om deras sätt att svara skiljde sig åt, kunde ändå konstateras att svaren gällande ersättningssystem och patientens fria



val etc var relativt samstämmiga, vilket medförde att nyttan med att utföra flera intervjuer sjönk allt eftersom. Med underlag från de sju genomförda intervjuerna upplevdes att det fanns tillräckligt med empirimaterial för att kunna genomföra en väl grundad tematisk analys. De jämförelsevis samstämmiga svaren bekräftade också tidigare beskrivning ovan, om att de offentliga verksamheterna är inom samma region och således styrs av samma ersättningssystem och riktlinjer.

Två av intervjuerna genomfördes via telefon utan inspelningsmöjlighet. Under dessa intervjuer noterades respondenterna svar löpande under samtalet. Svårighet upplevdes med att hinna få all information nedskrivnen samt att det som noterades kan ha präglats av intervjuarens åsikter. Merriam (1994) belyser svårigheter med skriftliga noteringar vid genomförande av intervjuer, att det kan vara svårt att hinna uppfatta vad som är viktigt. Merriam vill mena att den bästa metoden är att spela in och sedan transkribera intervjun, något som vid många intervjuer kan vara en tidsödande och arbetsam metod. Detta gjordes dock vid de möten som genomfördes digitalt. Intervjuerna spelades in, med respondenternas godkännande, och transkriberades senast dagen efter sitt genomförande. Två av intervjuerna genomförde författarna tillsammans, de resterande fem delades upp och utfördes enskilt av respektive författare.

Att respondenten själv väljer, sällar ut, vad denne vill delge under den korta tid som ges vid en intervju använder Gummesson (2000) begreppet "isberg" som metafor för. Han menar att det endast är toppen av ett isberg som framkommer under en intervju och den största delen av berget finns kvar under ytan. Det tar tid att bygga upp ett förtroende där respondenten kan känna sig trygg i situationen (Gummesson, 2000) och kanske är det så, att endast en bråkdel information erhållits under aktuella intervjuer och den största mängden, som finns under ytan, har inte getts tillgång till. Med anledning av nämnd pandemi var djupintervjuer inget alternativ. Den redan korta intervjutiden fick reduceras ytterligare under sonderingen efter respondenter för att några intervjuer skulle kunna komma till stånd. Även om Gummesson (2000) påtalar risken med att man endast ges en minimal del av all information som finns, framhåller han ändå vikten av att intervjuer genomförs för att information ska erhållas.

2.4 Analysmetod

Insamlad empiri utgörs av intervjumaterial och dokument. Empirin inhämtad via dokument från Region Skåne tolkades via en förenklad kvalitativ innehållsanalys, en metod där man analyserar



material i jakt på väsentliga ämnen (Bryman & Bell, 2017). Efter genomläsning av dokument valdes delar ut, som var relevanta för att kunna besvara studiens frågeställningar. Författarna har under hela processen varit medvetna om dokumentens övergripande tema och inte hämtat ut delar för att sedan sätta dessa utanför sitt sammanhang. Data som genererades av utförda intervjuer analyserades med hjälp av tematisk analys. Förhållandevis stor mängd ostrukturerat material genererades, vilket tog relativt stor tid i anspråk för att analysera på ett bra sätt. Intervjuerna transkriberades, som Bryman & Bell föreslog (2017), allt eftersom de genomfördes istället för att vänta med all kodning tills efter intervjuerien var avslutad.

Den tematiska analysen är en metod som kan användas för att identifiera, analysera och strukturera teman funna inom en datamängd. Den beskrivs av dess förespråkare som en flexibel metod som kan anpassas för dess ändamål, men som ändå fångar komplexiteten i uppgifterna (Nowell, Norris, White & Moules, 2017). Braun & Clarke (2014) presenterar den som ett kit med flera verktyg där grundliga och komplexa analyser av data kan göras, men att dessa ändå kan presenteras på ett lättförståeligt sätt. Analysen utgörs av en process i sex steg. Även om de olika delarna kommer efter varandra, är analysprocessen iterativ och man pendlar fram och åter mellan stegen (Nowell et al, 2017). Grundad teori valdes först till analysmetod då detta är det vanligaste sättet att analysera kvalitativa data på (Bryman & Bell, 2017). Den metoden är dock inriktad på att utveckla teori på basis av data (Bryman & Bell, 2017) och författarnas ambition är att beskriva och redogöra fenomen inom primärvårdens organisation mer än att utveckla en specifik teori. En annan anledning till att valet föll på den tematiska analysen är att den beskrivs som relativt enkel att lära sig och som ett bra alternativ för oerfarna forskare (Nowell et al, 2017).

Braun & Clarke (2006) listar de sex steg som den tematiska analysen utgörs av. Till att börja transkriberas intervjuvärderna och genomläses några gånger. Därefter startar processen med att identifiera koder, dvs text som är relevant för att besvara frågeställningarna. Sedan sorteras koderna in i grupper, övergripande teman. I fas fyra går all data igenom en gång för respektive temagrupp och de textdelar som passar temat plockas ut. Man stämmer av de kodade delarna mot hela datainsamlingen. Därefter sammanfattas det som finns under respektive temadel och slutligen presenteras studiens övergripande analys genom att temadelarna relateras till varandra. Det är viktigt att de extraherade delarna från texten skapar en mening och illustrerar författarnas analytiska slutsats av empirin. Det handlar inte enbart om att plocka ut text med liknande innehåll från en textsamling. Ett annat felsteg är att använda intervjufrågorna som teman. I ett



sådant fall har inte heller något analytiskt arbete utförts för att förstå mönster i materialet och identifiera övergripande ämnen (Braun & Clarke, 2006).

2.5 Vetenskaplig kvalitet

2.5.1 Kvalitetsmått

Studiens kvalitet har bedömts med hjälp av Lincoln och Gubas kriterier: Trovärdighet. Trovärdigheten ska motsvara de välkända validitet- och reliabilitetsmått genom fyra delkriterier: tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet och bekräftelse (Lincoln & Guba 1985, se Bryman & Bell, 2017).

För att nå tillförlitliga resultat har triangulering använts. Triangulering innebär att minst tre olika källor ställs mot varandra för att verifiera eller styrka ett händelseförlopp (Yin, 2019). I studien har sju respondenter lämnat vittnesmål. Utifrån att intervjuvaren också har relaterats till offentliga dokument från Region Skåne, Sveriges Kommuner och Regioner samt vetenskaplig litteratur anses trianguleringen uppfylld. Det behöver, som Bryman och Bell (2017) påpekar, tas hänsyn till att det finns en skillnad mellan validering från individer och validering från organisationer. Studieobjektet är primärvården som organisation, de individer som valts ut till intervjuobjekt är en bråkdel av de som utgör organisationen. Är viktigt att ha detta i åtanke, att enstaka individers verklighet i olika grad speglar organisationens uppfattning i forskningsfrågorna.

Avseende kvalitetskriteriet överförbarhet handlar det i aktuell studie om i vilken mån resultaten för primärvården Region Skåne är applicerbara på övriga regioners primärvårdsorganisationer. Framställer man det på ett sådant sätt är studiens kvalitet låg. Den kvalitativa fallstudiens styrka är dock som tidigare nämnts att gå på djupet och skapa förståelse för vilka mönster som kan ses inom ett specifikt fall. Syftet är alltså inte att använda resultatet för att dra några generella slutsatser som ska kunna appliceras på andra fall (Bryman & Bell, 2017). Thick descriptions är ett uttryck för att ge detaljerade beskrivningar av studerat fall (Yin, 2019). Detta är målet med kvalitetsmåttet överförbarhet. Kan en utförlig skildring av fallets empiri och studiens resultat ges kan detta användas som underlag för att bedöma hur väl resultaten passar in i andra miljöer ((Lincoln & Guba 1985, se Bryman & Bell, 2017). Utifrån den tanken uppfattas överförbarhetskriteriet som uppfyllt. Syftet är inte att generalisera resultaten till andra



primärvårdsorganisationer, utan tanken är enbart att skapa en djupare inblick i primärvården inom Region Skåne.

Kvalitetskriteriet pålitlighet handlar om hur stor sannolikheten är att man får liknande resultat om studien skulle genomföras på nytt. Detta kan säkerställas genom att en god beskrivning av tillvägagångssätt i studiens olika delar och genom att kollegor tillåts bedöma gjorda val ((Lincoln & Guba 1985, se Bryman & Bell, 2017). Under arbetet med aktuell studie har fyra PM-inlämningar gjorts och tillhörande diskussionsforum genomförts. Genom detta har revideringar av problemformuleringar, respondenturval, metod mm blivit granskade av övriga kursdeltagare och studiens pålitlighet kan anses relativt god.

Det sista kvalitetskriteriet, bekräftelse, handlar om objektivitet. Författaren ska vara medveten om hur dennes personliga värderingar påverkar studien ((Lincoln & Guba 1985, se Bryman & Bell, 2017). Som resonerats om tidigare, i avsnitt 2.1.1, är kanske inte syftet att få en total objektivitet. Naturligtvis ska inte subjektiviteten leda till att studieobjektets sociala verklighet blir en annan än vad den egentligen är, men genom att övergripande förhålla sig objektivt och samtidigt väga detta mot subjektiva erfarenheter och insikter, kan analyser och slutsatser ges ytterligare ett djup än om de enbart skulle tolkas kliniskt objektivt.

2.5.2 Etik

Allmänna etiska principer inom svensk forskning berör krav på information, samtycke, konfidentialitet, nyttjande samt falska löften (Bryman & Bell, 2017). Dessa punkter har författarna tagit hänsyn till vid kontakt med intervjupersoner samt hantering av deras personuppgifter och avlämnade svar.

Respondenterna i denna undersökning informerades om studiens syfte och att deras intervjuer spelades in, efter att de gett sitt godkännande till detta. Samtliga intervjupersoner mejlades Linnéuniversitetets samtyckesblankett (Linnéuniversitetet, 2020) i anslutning till intervjutillfället. Där framgick studiens syfte, att de genom att signera blanketten godkände att deras personuppgifter behandlades inom ramen för uppsatsen och att de hade rätt att återkalla sitt samtycke när de så önskade. De krav som gäller för samtycke inom Dataskyddsförordningen har då uppfyllts, samtycket ska vara; Informerat, frivilligt och återkallningsbart (Linnéuniversitet, 2020).



Personuppgifter som samlades in var namn, kontaktuppgifter och vid digitala möten, ljud och bild. Uppgifterna behandlades som arbetsmaterial under pågående kurs varefter de raderades. I uppsatsen har respondenterna avidentifierats och endast en beskrivning av vårdcentralen görs, om den finns i stad eller på landsbygden, antal listade, den socioekonomiska statusen i vårdcentralens närhet etc. Innebärande att ingen information om respondentens person kan härledas. Via samtyckesblanketten blev intervjupersonerna upplysta om kontaktuppgifter till Linnéuniversitetets dataskyddsombud, denna studies författare och handledare, om frågor eller synpunkter kring personuppgiftshanteringen skulle uppstå. I enlighet med Linnéuniversitetets riktlinjer har en anmälan till dataskyddsombudet gjorts, om att personuppgifter hanteras inom ramen för denna uppsats, med information om hur länge uppgifterna kommer sparas och var de lagras (Linnéuniversitetet, 2020).

Den etiska principen om konfidentialitet har tagits hänsyn till genom att arbetsmaterialet med personuppgifter har lagrats lokalt på författarnas personliga datorer och inte på någon molnplattform eller i e-post. Nyttjandekravet handlar om att endast personuppgifter som har relevans för forskningsändamålet ska samlas in (Bryman & Bell, 2017). Namn och kontaktuppgifter behövdes hanteras för att intervjun skulle kunna genomföras. Dessa lagrades sedan för att respektive intervju skulle kunna kopplas till rätt vårdcentralsenhet under tiden resultat- och analysarbetet genomfördes. Dessutom behövde de lagras under arbetets gång i den händelse följdfrågor skulle uppstå och ny kontakt med respondenten skulle behöva tas. I de fall intervjun genomfördes via digital plattform (Teams) lagrades respondentens bild och ljudupptagning till dess att intervjun hade transkriberats, vilket var senast nästkommande dag.

Sammantaget har inte personuppgifter som inte haft relevans för uppsatsen hanterats och falska förespeglningar har med säkerhet inte getts. Den enda information respondenterna har delgetts om aktuell undersökning är studiens syfte.

2.5.3 Källkritik

Litteratur som använts i denna studie har valts ut i syfte att stödja problematiserande diskussion och för att kunna dra slutsatser kring inhämtad empiri. Källorna utgörs av vetenskaplig litteratur och artiklar samt publikationer från offentliga myndigheter. Källmaterialet är från varierande årgångar, från tidigt 1990-tal fram till år 2020. De äldsta beskriver ursprunget till NPM och de senaste speglar dagens styrning inom hälso- och sjukvård. Det breda tidsspannet är nödvändigt för att belysa den utveckling som skett inom ekonomistyrningen i hälso- och sjukvården.



Genom att granska valda artiklars referenslistor har författarna letts fram till ytterligare intressanta källor. En mängd studier har genomförts kring sjukvårdens ersättningssystem och dess problematik, bland annat har statens offentliga utredningar arbetat med ämnet. Svensk forskning i ämnet har främst utgått från Ekonomihögskolan i Lund, ett lärosäte dit flertalet författare i ämnet är knutna alternativt har doktorerat vid. Ämnet är dagsaktuellt då befintliga ersättningssystem ständigt utvärderas och undersöks. Denna studie granskar målkonflikter som kan uppstå mellan vertikala och horisontella ledningsmål och vilken påverkan vårdvalssystemet har på verksamhetens måluppfyllelse. Då processverksamheter lever i ständig förändring, är förhoppningen att denna studie kan ge en ögonblicksbild av hur temperaturen är inom dagens primärvård vad gäller dess ekonomistyrning. Bidrag till vidare forskning är att skapa förståelse för behovet av effektiva ersättningsmodeller samt att medvetandegöra vilken inverkan patientens fria val har på kvalitet och kontinuitet inom primärvården.



3. Styrningsmodeller inom svensk hälso- och sjukvård

I detta kapitel presenteras styrningsmodeller inom svensk hälso- och sjukvård. Inledningsvis redogörs för management accounting system, vertikala respektive horisontella, och vilka konflikter som kan uppkomma mellan dessa. Vidare framställs målstyrningen inom svenska regioner och därefter primärvårdens styrning och dess ersättningssystem samt patientens fria val.

3.1 Ledningssystem och hur dessa interagerar med varandra

Management accounting system (MAS) är ett internt redovisnings- och ledningssystem som används för att delge organisationsmedlemmar underlag så att dessa kan ta beslut, fördela resurser, övervaka och analysera. Informationen kan vara både finansiell och icke finansiell (Atkinson, Kaplan, Matsumura & Young, 2012). Två sätt att, ur ett ekonomistyrningsperspektiv, se en organisation är genom ett vertikalt respektive horisontellt perspektiv. I det traditionella, vertikala, betraktas organisationen med internt rangordnade enheter, där överordnade styr underordnade. I den horisontella organisationen leds arbetet linjärt genom en värdekedja där allt fokus ligger mot att skapa nytta för kunden (Ax, Johansson & Kullén, 2013). Utifrån den lodräta respektive vågräta synen på intern organisering har två skilda ledningssystem växt fram; ett vertikalt respektive horisontellt MAS. Vidare omnämnt som VMAS och HMAS. Vid införandet av NPM förändrades företagens miljöer på flera sätt, t ex genom hårdare konkurrens, snabbare teknisk utveckling och större krav från samhället. Företagen behövde anpassa sig till den nya omvärlden och den mest betydande omställningen var det kundorienterade synsättet (Ax et al, 2013).

3.1.1 Vertikalt ledningssystem

Den vertikala organisationen kan ses som formell och styrande genom sin hierarkiska uppdelning. Ägare ställer krav på styrelse och företagsledning, som i sin tur ställer krav vidare ner i organisationen. För att ekonomistyrningen ska fungera inom dessa ledningssystem är fördelning och utkrävande av ansvar viktigt (Ax et al, 2013). Det vertikala ledningssystemet kan ses som ett mätinstrument för ledningen att kunna bevaka utfall och avvikelser från i förväg bestämda mål. Systemet baseras på att resultat återrapporteras uppåt i organisationen där



strategiska mål har översatts i mätbara indikatorer (Pettersen & Solstad, 2015). Kunderna har ingen framträdande roll i detta perspektiv, utan det är organisationens separata delar som är i fokus. En negativ följd av detta är att de enskilda funktionerna får ett revirtänk och inte har ett helhetsperspektiv med organisationens bästa i åtanke när de tar beslut (Ax et al, 2013). De formella strukturerna är fortfarande viktiga utifrån att det behövs en övergripande ledning som skapar strategier och verksamhetsplaner för organisationen i stort (Chenhall, 2008). VMAS ansvarsfördelningsfördelningsystem förändrades genom införandet av horisontella organisationsperspektiv, där fokus ligger mera på samspel mellan enheterna inom organisationen, något som är viktigt inom sjukvården som numera är professionella serviceorganisationer (Pettersen & Solstad, 2015).

3.1.2 Horisontellt ledningssystem

Den horisontella organisationen ses som en kundorienterad värdekedja vars mål är att skapa kundvärde. Något annat som definierar en vågrät verksamhet är att den byggs upp av aktiviteter, t ex arbetsmoment. Process är den praktiska definitionen på värdekedja. Hela organisationen ses som bestående av flera processer, vilka i sin tur är uppbyggda av olika aktiviteter (Ax et al, 2013,).

Ett HMAS ska underlätta för organisationen att skapa kundnytta. Systemets mål är att förbättra arbetsprocesserna så att dessa blir mer kvalitativa, tids- och kostnadseffektiva (Atkinson et al, 2012). Ekonomistyrningen inom en horisontell organisation handlar om att förena och koordinera processer och aktiviteter så att värdekedjan blir så resurssnål som möjligt genom att prioritera värdeskapande aktiviteter och minska/eliminera icke-värdeskapande aktiviteter (Ax et al, 2013). Kommunikation och samverkan mellan enheter samt var och ens del i organisationen som helhet är viktigt att förstå. Något som kan vara problematiskt inom det horisontella perspektivet är otydligheten kring vem som ansvarar för vad samt att ansvar och befogenheter inte stämmer överens (Ax et al, 2013). Inom processverksamheten är cheferna personligt engagerade i medarbetarnas operativa arbete. Stor vikt läggs vid att alla organisationsmedlemmar är aktiva i den interna kommunikationen och kunskapsutbyte (Pettersen & Solstad, 2015). HMAS används vid teamarbete, där medlemmarna gemensamt ansvarar för att skapa kundnytta och har ett kontinuerligt förbättringsarbete. Organisationskulturen styrs av att medarbetaren har tilldelats egenmakt, så kallat empowerment, och med det, tillhörande eget ansvar. Via den vertikala organisationsstrukturen kan man få råd och resurser, men makten att styra innehas av teamen själva (Chenhall, 2008).



3.1.3 Konflikter mellan vertikala och horisontella ledningssystem

Sedan slutet av 1990-talet har organisationsmodeller med processtyrda verksamhetsformer till stor del införts inom sjukvården. De hierarkiska funktionsverksamheterna har fått stå tillbaka på bekostnad av de horisontellt organiserade processverksamheterna (Pettersen & Solstad, 2015). Enligt Ax et al (2013) är den vertikala och horisontella organisationen möjlig att kombinera, även om de i tanken strävar åt olika håll anser de att en organisation kan fungera både som en hierarki och en värdekedja. För att kunna ekonomistyra de båda organisationsriktningarna samtidigt behöver man ha en organisationsform som stödjer detta, enligt Ax et al (2013) är ett sätt att använda matrisorganisationer.

I matrisorganisationers horisontella flöden utbyts både resurser och information mellan professioner. Här kan konflikter uppstå mellan ledningen för den övergripande organisationen och de som arbetar inom den operativa delen. Dessa konflikter kan leda till både stress och kostnader då man försöker trygga samordningen mellan de båda dimensionerna (Chenhall, 2008). Anthony et al (2014) beskriver att denna balansgång, mellan fördelar och nackdelar som stor decentralisering ger, måste tas hänsyn till inom sjukvården. En organisations processer påverkas starkt av vilket formellt kontrollsystem som används och hur det används (Anthony et al, 2014). Inom en sjukvårdsorganisation som består av medicinska professioner kan dessa informellt ha mer makt än organisationens ledning. Många omställningar inom sjukvården motverkas till och med då de som styr organisationen inte har någon egentlig möjlighet att påverka implementering av beslutet (Anthony et al, 2014). En utbredd decentralisering minskar ofta den övergripande organisationens effektivitet och måluppfyllelse. Genom formella regler kan ledningen styra de decentraliserade enheterna till att ta beslut som går mot det övergripande måluppfyllelse. Risken blir då istället att genomförandet försämras. Här är avvägning viktig, hur stor decentralisering ska finnas för att uppnå optimal jämvikt mellan övergripande måluppfyllelse och kvalitet (Anthony et al, 2014).

Processverksamhet, hur och varför den lyckas eller inte, handlar om samspel mellan professioner och ledningssystem. Studier har visat att stödet runt processverksamheten är avgörande för att kunna implementera ett fungerande processarbete inom hälso- och sjukvården. Det krävs ett stort nätverk av användare och representanter för att processorienteringen ska få kraft att påverka verkliga händelser inom sjukvården (Hellman et al, 2015). Inom sjukvården, med ofta målkomplexa situationer, måste ledarna av den



horisontella verksamheten leda medarbetarna till att prioritera processmålen och avprioritera annat arbete. Processarbetet blir ett tillägg till den vertikala organisationen där spänningar kan uppstå mellan de båda dimensioneras prioriteringar och mål (Hellman et al, 2015). Ett formellt kontrollerande av horisontella organisationer kan leda till att den vertikala synen av organisationen förstärks, att man ser mer ”till sitt egna hus”, vilket motverkar förverkligandet av de horisontella målen. På så sätt kan VMAS hindra en processverksamhet. I och med detta är det svårt att länka samarbetet mellan separata enheter och organisationen som helhet (Pettersen & Solstad, 2015). Inom organisationer med en ständigt föränderlig miljö kan dess medlemmar utveckla en motståndskraft mot förändring. Vid en konflikt mellan olika delar i ett ledningssystem behöver ledaren påvisa att förändringen är här för att stanna och ska prioriteras mot andra delar av ledningssystemet (Ellegård & Glenngård, 2019) Ett framgångsrikt ledningssystem behöver kunna hantera de spänningar som uppstår mellan övergripande vertikala mål och det kvalitet-/utvecklingsarbete som sker mer lokalt inom de horisontella leden (Pettersen & Solstad, 2015).

3.1.4 Målstyrning inom svenska regioner

New public management-modellen (se avsnitt 1.1) gav på den negativa sidan uppkomst till bland annat ökad administration och detaljstyrning (Kastberg & Siverbo, 2007). Beslutsfattandet tog sig längre ner i den vertikala organisationen och innebar att centrala beslut styrde den dagliga verksamheten (Paulsson, 2017). En respons på detta blev införandet av den tillitsbaserade styrningen inom hälso- och sjukvården, vars syfte var att ge medarbetarna större möjlighet att sköta verksamheten utan detaljstyrning (Anell, 2020). Lindvall (2011) beskriver hur företag strävat efter att gå från detaljstyrning till en verksamhetsstyrning där organisationens övergripande strategiska inriktning sätter ramarna, men där den operativa verksamheten ges större självständighet och ansvar kring hur man ska nå målen. En kontinuerlig och detaljerad uppföljning har ersatts av resultatmätningar där målet är att nå resultat, exakt hur det har åstadkommit är inte relevant.

Vid införande av kundfokus och decentralisering inom offentlig verksamhet har målstyrning setts som det främsta styrverktyget för denna form av organisation (Almqvist, Holmgren Caicedo, Johansson & Mårtensson, 2012). Inom offentlig verksamhet ligger politikernas styrningsansvar i att formulera och följa upp organisationsmålen. Ansvaret för att genomförandet leder till organisatorisk måluppfyllelse ligger hos utförarna (Almqvist et al,



2012). Organisationens övergripande mål bryts ner till delmål. Handlingsplaner och riktlinjer anger hur arbetet på vägen fram till delmålen ska genomföras, så att detta sker i enlighet med strategin (Ax et al, 2013). Målen bör vara både finansiella och icke finansiella, för att främja både ett kort- och långsiktigt agerande (Lindvall, 2011). En organisation strävar efter att de beslut som tas överensstämmer med organisationens strategiska mål (Anthony et al, 2014). Ett sätt för att lyckas med detta är genom kontroll av utfall, att cheferna görs ansvariga för sina resultat. Målstyrning verkar utifrån denna princip, att chefer instrueras att uppnå vissa mål (Anthony et al, 2014).

I en rapport från Sveriges kommuner och regioner beskrivs att målstyrning är den huvudsakliga styrmodellen inom offentlig verksamhet (Strid, 2014). Styrningen används av politiker för att styra organisationer så att dessa erbjuder det medborgarna behöver och önskar. Oftast är detta visioner och relativt abstrakta mål, de är sällan mätbara, vilket innebär att de inte kan följas upp (ibid). För att mål ska ha en styrande effekt i en resultatstyrningsmodell måste de vara mätbara och bygga på konkreta fakta (ibid). Sedan implementeringen av målstyrningen har den utvecklats till olika varianter, men alla har idén om att styra genom en uppsättning av mål som sedan ska utvärderas (ibid). Mängder av mål har satts upp inom Sveriges kommuner och regioner. Det stora antalet har lett till att de varit svåra att överblicka samt haft en oklar prioriteringsordning i fråga om vilka som varit viktigast att fokusera på (ibid). Strid (2014) uppger att målen har tagit en stor plats och att för lite tid har ägnats åt resultaten. Resultaten inom den offentliga sektorn anger hur väl given service har mött de behov som funnits i samhället och om det har skett till lägsta möjliga kostnad (ibid). Även budget är en form av målstyrning. Via budget får resultatenheter klart för sig vad de ska styra mot och vad som förväntas av dem. Den totala organisationens mål bryts ner till respektive enhet och blir en del i den decentraliserade organisationen. Besluten läggs då på de som har möjlighet att påverka och detaljstyrning är inte nödvändig. Uppföljning sker genom jämförelser mellan budget och utfall (Ax et al, 2013).

Målstyrning har getts både positiv och negativ kritik. På den positiva sidan anses målstyrning vara det bästa alternativet när det gäller att hantera relationer med låga orsak- och verkansamband. Är det en "krokig väg" till hur man uppnår ett resultat, så är det bästa sättet att fokusera på mätning av utfallet, inte hur man når dit (Lindvall, 2011). Målstyrning har också setts som den effektivaste modellen i praktisk verksamhet. Formulera och arbeta mot mål har visat sig verkningsfullt både riktat mot enskilda individer såväl som mot grupper och på



uppgifter med varierande komplexitet (ibid). På minussidan har målstyrningen kritiserats för att komplicerade verksamheter är svåra att beskriva i några få mått samt att risken finns för att det som inte mäts, inte ges någon uppmärksamhet (ibid). Målstyrningen har dessutom kritiserats för att motverka kvalitetsarbetet då den, som sagt är, mål- och inte processinriktad. Inom en målstyrning är man nöjd när målet är uppfyllt, men i en processverksamhet finns alltid förbättringar att göra, varför ett kontinuerligt kvalitetsarbete är nödvändigt (ibid). Mäts enbart slutmålen kan detta leda till att skeva belöningsystem. En positiv omvärldssituation kan medföra att ansvariga chefer belönas alltför enkelt och motsvarande, negativ omvärldssituation kan leda till att goda insatser inte uppmärksammas om utfallet inte når upp till uppsatt mål (ibid). Målstyrning och dess mätningar har framförallt kännetecknats av decentralisering och prestationsorientering. En följd av decentralisering har blivit att olika enheter skapar sitt eget arbetssätt. I en processverksamhet behöver allas samlade kompetens tas till vara varför det även är viktigt att fokusera på hur man nått resultatet (ibid).

Insikten om att inte enbart prioritera målet utan även hur man når detta, har lett till ännu en utveckling vad gäller perspektiv på verksamhetsstyrning. Varierande arbetsstrukturer för att nå målen kan ge olika resursanvändning och således varierande kostnader (Lindvall, 2011). Hur arbetet utförs är en viktig del i en processverksamhet. Detta hanteras bland annat i det balanserade styrkortet, där verksamhetens både orsaks- och verkansindikatorer mäts. Avvägningen mellan mätning av processer och mätning av slutmål är en utav de viktigaste balanserna ett företag har att ta ställning till idag, enligt Lindvall (2011). Styrning baserat på planerings- och kontrollsystem med mätbara indikatorer och mål är en form av indirekt kontroll som är vanligt förekommande för att hantera komplexa system. För att målstyrningen ska fungera behövs rätt antal mätindikatorer utses och därefter behöver dessa rangordnas i prioritet. Görs inte detta kan en snedvridning av mätningen av utfallet uppstå, innebärande en svag korrelation mellan indikatorer och utfall. Det är viktigt att finna balansen mellan en utökning av antalet indikatorer att mäta och en minskning av mättrycket, genom att rangordna indikatorerna. Syftet är att ha ett såpass stort antal mått att risken för ett snedvridet resultat elimineras och samtidigt så få att utförarna kan fokusera på vad som är viktigt (Nuti, Vainieri & Vola, 2017).

Enligt Sveriges kommuner och regioners (SKR) rapport från 2014 är antalet övergripande politiska mål inom respektive verksamhet två-tre stycken för att få det överblickbart och möjliggöra en effektiv styrning. De har sett att för många mål missgynnar syftet med



målstyrningen som är att sätta fokus på det viktigaste i verksamheten. Resultatindikatorer som kopplas till målen ska vara stabila, konkreta och kunna följas över tid. Uppfyller de inte dessa kriterier är målstyrningen kraftlös, det blir då gissningar och önskningar om vad som är resultatet. Även om de politiska övergripande målen är få är det inget hinder att verksamheterna använder flera mål och resultatnivåer. Där är det de som praktiskt arbetar inom organisationen som skapar sina verktyg för att på bästa sätt leda organisationen mot utveckling och förbättring och samtidigt koppla till politikernas mål (Strid, 2014).

Målstyrningen är den modell som politiker använder för att styra dagens regionverksamheter. Målen som sätts ska utgå från medborgarnas definierade behov och vilka resultat som behöver uppnås. Syfte med måluppföljning är dels att säkerställa god kvalitet inom utförda tjänster, dels få vetskap om utvecklingen följer förväntad riktning. För att kunna verifiera att utvecklingen går i rätt riktning behöver ett antal resultatindikatorer mäta detta, dessa behöver, som tidigare nämnts, vara kopplade till målen, bygga på fakta och kunna följas över tid. Indikatorerna bör kunna påvisa kvalitativa egenskaper gällande utförda tjänster samt indikera huruvida regionen har eller är på väg att uppnå sitt resultat (SKR, 2020f).

3.2 Primärvårdens övergripande styrning i Sverige

Sveriges offentliga sektor är uppdelad i två delar, en central och en lokal. Den centrala innefattar regering och riksdag, den lokala är uppdelad i kommuner och regioner. Regionerna styrs bland annat av kommunallagen, vilken reglerar hur regionerna arbetar med exempelvis budget. Regionen är huvudansvarig för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom länet (Knutsson, Mattisson, Näsi, Nyland & Skaerbeck, 2017). Hälso- och sjukvårdslagen reglerar kommuner och regioners ansvar för hälso- och sjukvård. Lagen sätter ramar för respektive verksamhet, hur denna ska bedrivas, samt innehåller allmänna mål och riktlinjer (Regeringskansliet, 2020). Lagen gör även primärvårdens vårdval obligatoriskt (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012) samt definierar primärvårdens uppdrag (Socialstyrelsen, 2016). Lag om valfrihetssystem (LOV, 2008:962) reglerar vårdvalet (rätten att lista sig hos valfri vårdcentral) samt definierar krav om att samtliga vårdgivare inom vård och omsorg måste uppfylla vissa vårdkrav. Exempel på vårdkrav är reglering av väntetider, medborgaren får en uppskattad väntetid genom den nationella vårdgarantin. För primärvårdens del innebär detta att patienten ska kunna få kontakt



med vårdcentralen samma dag, antingen via telefon eller genom besök på vårdcentralen. Senast inom en vecka ska patienten få träffa en läkare (Loodin, 2019).

Till skillnad mot sjukhus, som vanligtvis arbetar storskaligt vad gäller organisatoriska och funktionella enheter, har primärvården ett relativt brett, personfokuserat perspektiv och en plattare organisationsstruktur. En chef per verksamhet, där bland annat läkare, sköterskor och fysioterapeuter tar hand om en bred variation av patienter (Angelis, Glenngård & Jordahl, 2019). Riktlinjer för ett processtyrt arbetssätt, vilket primärvården har, togs fram av den statliga tillitsdelegationen. Dessa konkluderade med att offentliga medel ska förvaltas på ett effektivt sätt, tjänster som produceras ska vara kvalitativa och den demokratiska processen ska värnas genom styrning (Regeringskansliet, 2020). Primärvårdens budgetkrav återinfördes 2017 vilket innebär att regionerna ska upprätta en ekonomisk plan där intäkter överstiger kostnader (Sveriges riksdag, 2020a). Finansieringen av primärvården sker genom offentliga medel, vilka finansierar både offentliga- och privata vårdcentraler som ingår i vårdalet.

3.2.1 Patientens fria val

Hälso- och sjukvårdslagen fastställer att samtliga regioner ska anordna ett vårdvalssystem för sin regions primärvård, där samtliga medborgarna ska kunna välja, och välja om, fritt mellan aktörerna inom systemet (SKR, 2020e). Det obligatoriska kravet om patientens fria val trädde i kraft 1 januari 2010 (Konkurrensverket, 2011). Lag 2008:962 om valfrihetssystem (LOV) anger att upphandlande myndigheter ska behandla alla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt beakta riktlinjer för öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet när valfrihetssystemet tillämpas (Sveriges riksdag, 2020b). Syftet med denna lag är att underlätta för regioner att erbjuda sina medborgare vårdtjänster av hög kvalitet. Tanken är att patientens valfrihet ska leda till ökad konkurrens på primärvårdsmarknaden och genom detta högre kvalitet (Konkurrensverket, 2011).

Inom ett vårdvalssystem inom primärvården gäller Lag om valfrihetssystem (LOV), det är med utgångspunkt i denna som privata aktörer upphandlas. Offentliga aktörer drivs av regionerna i så kallad egen regi och ingår vanligtvis i valfrihetssystemet, men levererar inte sina tjänster utifrån kraven i LOV. Villkoren för de offentliga ska dock vara motsvarande de enligt LOV, så att privata och offentliga har samma utgångsläge (SKR, 2020e). De flesta regioner använder sig av liknande grundregler när det gäller vårdvalsstyrningen, men det finns ändå skillnader i hur



till exempel den fasta ersättningen regleras, riktlinjer för besöksersättning och vilka indikatorer man inkluderar i en målrelaterad ersättning. Övergripande mål för ersättningssystemen är att skapa en rättvis fördelning av resurser mellan vårdenheter vad gäller patientgrupper med olika och särskilda behov samt att styra mot att en större andel av öppenvårdsbesöken sker i förstalinjen, det vill säga inom primärvården (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012). Med öppenvård menas all vård som kan utföras utan inläggning på sjukhus, som kan ges både på vårdcentraler eller av specialistläkare på sjukhus eller annan enhet (1177 Vårdguiden, 2020b).

Alla enheter som uppfyller regionens krav för vårdvalet ska kunna delta i primärvårdsutbudet och ha rätt till offentlig ersättning (SKR, 2020e). Privata och offentliga primärvårdsenheter behandlas likvärdigt vad gäller ersättningen, det är patientens val av aktör som styr och fördelar finansiella medel. Varje region beslutar själva om närmare utformning av ersättningssystemet (SKR, 2020e). Vid en jämförelse av *”uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar”* 2012 skickades enkäter till samtliga primärvårdschefer i Sverige, både privata och offentliga. När det gällde i hur hög utsträckning de tyckte sig ha möjlighet att kunna kontrollera de kostnader de ansvarade för, angavs högst påverkansmöjlighet i Stockholm (83%) och lägst i Skåne (33%). Vidare upplevde ca 75% att, i ganska eller mycket stor utsträckning, så skulle vårdens ersättning till större del justeras utifrån patienternas förväntade vårdbehov (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012). Det finns variationer i hur respektive regions vårdval är uppbyggt och hur det upplevs av aktörerna, men det finns även en övergripande nationell styrning för regionerna att förhålla sig till.

Samtliga folkbokförda personer i Sverige kan fritt välja att lista sig, det vill säga välja en fast vårdcentral, bland de enheter som drivs av eller har ett avtal med en region. Numera behöver valet inte falla på en vårdcentral inom den egna regionen, utan samtliga vårdcentraler i Sverige, som uppfyller ovan kriterier gällande regi eller avtal, ingår i utbudet (1177Vårdguiden, 2020a). Regionerna har som krav att kunna erbjuda ett ickevalsalternativ, som träder in om en person inte vill eller har möjlighet att göra ett aktivt val (SKR, 2020e).

3.2.2 Mål och syfte med processtyrning inom primärvården

Socialstyrelsens nationella riktlinjer stödjer hälso- och sjukvårdsenheter i valet av vilka prioriteringar som ska göras vid val av metod och behandlingar (Socialstyrelsen, 2020). Utifrån hur vårdvalssystemen utformats påverkas vårdenheter olika av de villkor och ekonomiska incitament som används. Något som i sin tur leda till att vårdvalet genererar olika effekter för



befolkning och patienter (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012). I den jämförelse som nämndes i ovan avsnitt, avseende ”*uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*”, uppgav knappt hälften av verksamhetscheferna att de ville se en ökning i andelen ersättning som baseras på kvalitetsindikatorer, vilket är det mätinstrument som ställer högst krav på anpassning från vårdenheternas sida (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012).

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system, dit de flesta av Sveriges regioner är anslutna (PrimärvårdsKvalitet, 2020a), som syftar till att stödja primärvården när det gäller dess kvalitativa förbättringsarbete. Deras kvalitetsindikatorer täcker områdena: kontinuitet, samsjuklighet, prioritering, samverkan, äldre, läkemedel och levnadsvanor (PrimärvårdsKvalitet, 2020b). PrimärvårdsKvalitet avråder starkt från att koppla målrelaterad ersättning till utfall av kvalitetsindikatorer. De påpekar att forskning visat att denna form av ersättning inte har lett till en bättre vård, kan innebära att vårdgivare undviker de sjukaste patienterna, då målen kan vara svåra att uppnå med dessa, samt att missvisande rapportering kan göra att fel enheter tilldelas resurser. Istället anser de att ett tillitsbaserat förhållningssätt ska antas när det gäller ledning och styrning samt att det är viktigt att resultatåterkoppling sker till vårdenhetens medarbetare (PrimärvårdsKvalitet, 2020c). Att målrelaterad ersättning baseras på vårdenheternas kvalitets- och effektivitetsindikatorer är idag vanliga komponenter i regionernas ersättningssystem (SKR, 2020a).

En styrmodell som använts inom stora delar av primärvården, för att effektivisera arbetssätt och löpande utveckla arbetsmetoder, är LEAN (Vårdfokus, 2017). LEAN är en modell som strävar efter att skapa bättre verksamhetsflöde och högre kundvärde. Ett av LEAN:s kännetecken är att skapa standardiserade processer, vilka har föregåtts av en kartläggning av arbetet för att lokalisera den mest effektiva arbetsprocessen. Personer som arbetar inom en processorganisation uppfattar ofta fortfarande att de befinner sig i en vertikal struktur (Hellman et al, 2019). Forskning har visat att LEAN inom primärvårdsorganisationer gynnar både personalen och vårdkvaliteten (Kaltenbrunner Nykvist, Bengtsson, Mathiassen, Högberg, & Engström, 2019). Enligt Kaltenbrunner Nykvist et al (2019) arbetar många inom vården omedvetet enligt LEAN. Delar inom modellen faller sig naturligt för primärvården, som att arbeta i team, samarbeta utifrån patientbehov och att skapa standardiserade arbetsmetoder för olika patientgrupper (Vårdfokus, 2017). LEANS syfte, att minimera icke värdeskapande aktiviteter, är något som sammanfaller med den horisontella organisationen och dess ledningssystem (Ax et al, 2013). Samtidigt är modellen tidskrävande då det innebär nya



arbetsuppgifter. Dessutom kan vissa delar inom LEAN vara svårapplicerade på hälso- och sjukvårdsverksamheter då det kan vara svårt att identifiera vad som är värdeskapande aktiviteter (Hellman et al, 2019).

3.3 Ersättningssystem som en del i primärvårdens övergripande styrning

Dagens ersättningsmodeller växte fram när vårdvalet infördes. Som tidigare nämnts innebär vårdvalet frihet för patienten att själv välja vilken vårdcentral denne vill tillhöra. Grunden i vårdvalet är att ersättningen ska följa patientens val (Regeringskansliet, 2020). Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020a) beskriver att primärvårdens ersättningsmodeller är ett av flera verktyg som används för att uppnå vårdvalets övergripande syfte. Syftet enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är att ge medborgarna bestämmanderätt kring val av vårdgivare samt att konkurrensutsättningen mellan vårdgivarna ska ske genom kvalitet och inte pris (Sveriges riksdag, 2020b). Utöver detta ska ersättningsmodellerna fördela resurser mellan vårdcentraler på ett rättvist sätt samt vara enkla att förstå och inte möjliga att manipulera (Lindgren, 2019). I delbetänkandet SOU 2017:56 (Regeringskansliet, 2020) framgår att dagens ersättningsmodeller är flera och mer komplicerade. De organisatoriska förändringar som skett har påverkat hur ersättningssystemen ser ut idag. Det finns ett behov av att förstå hur ersättningsmodeller fungerar och hur dessa påverkar människors beteende och prioriteringar. I hälso- och sjukvården ses modellerna som ett viktigt verktyg för att styra mot uppsatta mål. En nackdel med ersättningsmodellerna är att de upplevs detaljstyra verksamheterna.

I huvudsak finns fem kategorier av ersättningsmodeller som används för att kompensera vårdgivare i Sverige. Vanligtvis används flera av dessa samtidigt i olika konstellationer (Lindgren, 2019);

- **Anslagsfinansiering**
Verksamheten får ett fast ekonomiskt bidrag som ska täcka dess kostnader.
- **Kapitationsersättning**
Vårdgivaren ersätts utifrån antal patienter som denne ansvarar för.
- **Produktgrupp-baserad ersättning**
Ett fast belopp betalas ut för en grupp av aktiviteter eller insatser som utförts per patientfall.



- **Åtgärdsbaserad ersättning**
Vårdgivaren får betalt, styckvis från en prislista, för varje enskild åtgärd som utförs.
- **Målrelaterad ersättning**
Här ges bonus eller avgifter utifrån uppsatta målindikatorer.

Inom Sveriges primärvård är kapitation det huvudsakliga ersättningssystemet. Hur stor andel av den totala ersättningen som utgörs av kapitation varierar mellan regionerna, det ligger mellan 60-100%. Av Sveriges 21 regioner kompletterar 17 stycken kapitationsersättningen med åtgärdsbaserad ersättning, det handlar då oftast om betalning per genomfört besök. Tretton av regionerna kompletterar kapitationen med målrelaterad ersättning i olika former (Lindgren, 2019). Ersättningsmodellerna ovan utgörs av antingen fast eller rörlig kompensation, de är också antingen prospektiva eller retrospektiva, det vill säga, ersättningen ges före eller efter det att verksamheten utfört sin prestation. Den fasta ersättningen ges endast före, den rörliga kan ges både före och efter. Om kompensationen ges prospektivt skapar den möjlighet till större flexibilitet i verksamheten, men risken finns att incitamentet för att genomföra dyra behandlingar minskar. Vid rörlig ersättning som utbetalas efter genomfört arbete, är kostnadskontrollen lägre men i gengäld minskar risken för att verksamheten sällar bland sina patienter (Anell, 2020).

Aktuell studie är inriktad mot primärvård, varför kapitation, åtgärdsbaserad och målrelaterad ersättning kommer beskrivas mer ingående i följande stycken.

3.3.1 Kapitation

Kapiteringsersättning innebär att verksamheten ges en fast ersättning per år som inte påverkas av hur många som faktiskt behöver vård under perioden (Skog, 2018). Ersättningen beräknas utifrån hur många som är boende i ett område alternativt hur många medborgare som valt en viss vårdcentral (Regeringskansliet, 2020). En fördel med denna form av fasta ersättning är att det är lättare att ha kontroll på kostnaderna jämfört med en rörlig variant. Denna ersättningsform skapar incitament för att arbeta mer resurssnålt och kostnadsmedvetet (Skog, 2018; Regeringskansliet, 2020). Kapitationsersättningens storlek beräknas utifrån olika komponenter. Främst används kategorierna: ålder (här inkluderas ibland också kön som en faktor när förväntad vårdkonsumtion utifrån åldersgrupp beräknas), vårdtyngd (ACG), socioekonomi (CNI) och geografi. Varierar kring vilka kategorier regionerna väljer att använda och hur stor vikt som läggs vid respektive (Anell, 2020).



Kategorin vårdtyngd, vid fördelning av ersättningen, beräknas genom ACG (Adjusted clinical groups). Detta system utgår ifrån antagandet att ohälsa kan härledas till vissa individer och populationer mer än andra. På så sätt klassificeras patienter till en viss grad av risk för ohälsa och olika grader har olika behov av sjukvårdsresurser (Zielinski, 2009). Enligt Zielinski (2009) har ålder, kön och inom vilket område man bor helt klart en påverkan på ens kostnad som patient, men ACG-systemet ger en mycket högre grad av exakthet. För att beräkna grad av risk för sjukdom utifrån vilket socioekonomiskt område patienten bor i används huvudsakligen beräkningsmodellen CNI (Care Need Index). Modellen använder sju delar för att mäta grad av förväntad ohälsa (SKR, 2020c). Detta system är tänkt att skapa incitament för vårdcentralen att främja en god hälsa bland sina patienter (Regeringskansliet, 2020).

3.3.2 Åtgärdsbaserad respektive målrelaterad ersättning

Den rörliga åtgärdsbaserade ersättningen kan exempelvis avse utförande av en specifik behandlingsform eller, det vanligaste, ersättning per antal besök. Vårdcentralen får tilläggsersättning vid en hög besöksfrekvens, vilket kan uppfattas som negativt för patienten då denna får besöka vårdcentralen ofta (Regeringskansliet, 2020). Några regioner, framförallt Skåne och Stockholm, använder mer omfattande modeller med mer omfattande prislistor (Skog, 2018). Ett syfte med att använda dessa prislistor är att skapa en högre aktivitet bland verksamheterna. Anell (2020) menar att istället bör en genomarbetad målrelaterad komponent tas fram, som är kopplad till tillgänglighet och resultat. Detta menar Anell skulle överlåta till verksamheterna själva att bestämma vilken typ av kontakt som är bäst anpassad för det enskilda fallet. I Finansdepartementets delbetänkandet SOU 2017:56 (Regeringskansliet, 2020) anses däremot att ersättningen ska baseras på patientens hälsoutfall istället för den specifika behandlingen. En modell som innebär kostnadskontroll och att många patienter kan behandlas för lite resurser (Regeringskansliet, 2020).

Den målrelaterade ersättningsformen benämns ibland ”pay for performance”. Användandet av denna modell har minskat och brukar i nuläget endast utgöra några få procent av regionernas totala ersättning. Detta då det framkommit att många mål är för svåra att styra mot (SKR, 2020d). För mätning av målpuppfyllelse används mellan 2-16 indikatorer, främst avser dessa tillgänglighet och korrekt läkemedelsanvändning (Lindgren, 2019). I vissa regioner beräknas täckningsgrad för vårdkonsumtion, som innebär att om en patient besöker en enhet där denne inte är listad, får ”hemvårdcentralen” avdrag på sin ersättning. Syftet är att vårdcentralerna ska arbeta med tillgänglighet, bemötande och kvalitet, så att deras patienter ska trivas och inte söka



vård på annat håll (Anell, 2020). En studie från 2017 (Ödesjö, Anell, Boman, Fastbom, Franzén, Thorn & Björck) kunde påvisa att målrelaterad ersättning kunde kopplas till en ökning av personer som fick, i detta fall, en läkemedelsgenomgång. Däremot anser Statens offentliga utredningar från 2017 att denna ersättningstyp är den enda som levererar hög kvalitet, men det gäller att målen lever upp till de uppsatta kvalitetskraven (Regeringskansliet, 2020). Problemet är svårigheten att mäta kvalitet samt risken för en undanträngningseffekt av de områden som inte omfattas av ersättningen. Dock kunde inte någon relation mellan ersättning och kvalitetsförbättring ses, detta då enheter som fick låg ersättning förbättrade sitt kvalitetsarbete lika bra som de som fick hög ersättning. Om ersättningen för att nå ställda mål lika väl kan nå genom att öka antalet besök, så finns inget incitament för vårdgivaren att förändra sitt beteende. Upplevs inte ställda mål som viktiga för utföraren kan en risk med målrelaterad ersättning vara att sättet för att nå mål görs på ett enklare eller annorlunda än vad regionledningen tänkt. Detta beteende beskrivs som "reaching the target but missing the point", man gör det som krävs för att nå målen för att erhålla pengar, inte för att målen upplevs som viktiga (Anell, 2020). Målen ska vara nåbara annars är det risk att målersättningen inte lyckas, dock ansågs empirin för liten för att kunna säkerställa ersättningens effekter (Regeringskansliet, 2020).



4. Tillämpning av styrmodeller och upplevelser av målkonflikter i Region Skånes primärvård

I kapitel fyra redogörs för organisatorisk styrning och aktuell ersättningsmodell inom Region Skånes primärvård. Därefter presenteras vittnesmål från sju chefer, verksamhetsansvariga för varsin vårdcentral. Tre vårdcentraler var belägna i någon utav Skånes två största städer. Övriga fyra var lokaliserade på mindre tätort med pendlingsavstånd till större stad.

4.1 Primärvården Skånes övergripande organisation och styrning

Region Skåne består av regionfullmäktiges 149 folkvalda ledamöter. Dessa beslutar om riktlinjer och budget för regionens olika verksamheter (Region Skåne, 2020a). Regionstyrningen grundas på kommunallagen samt speciallagar för sjukvård, kollektivtrafik och regional planering. Målet för regionens hälso- och sjukvård utgår från hälso- och sjukvårdslagen. Där definieras att hälso- och sjukvården ska sträva efter att ge samtliga medborgare en god hälsa och vård på lika villkor. Samtliga medborgare ska respekteras och behandlas med värdighet. Den medborgare som är sjukast ska prioriteras (Region Skåne, 2020f). Budget med tillhörande verksamhetsplan är Region Skånes främsta politiska styrdokument, där anges vilka ekonomiska ramar och politiska mål som regionens verksamheter har att förhålla sig till (Region Skåne, 2020g). I regionens verksamhetsplan och budget 2020 (Region Skåne, 2020f) beskrivs mål, inriktning och prioriterade områden för hälso- och sjukvården under året. Alla verksamheter ska arbeta i enlighet med uppdraget och i övrigt fortsatt bedriva den verksamhet de har fått i tidigare uppdrag eller beslut.

Enligt kommunallagen ställs krav på att regionen definierar vilka mål och riktlinjer som har betydelse för att organisationen ska kunna ha en god ekonomisk hushållning (Region Skåne, 2020f). Fullmäktige i Region Skåne har beslutat om följande övergripande mål som ska leda till god ekonomisk hushållning:

- Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet
- En drivande utvecklingsaktör
- Attraktiv arbetsgivare
- En långsiktigt stark ekonomi



De övergripande målen är obligatoriska kontrollområden för respektive förvaltning. Utifrån dessa anges i verksamhetsplan och budget mer specifika uppdrag som respektive förvaltning har att förhålla sig till. Därutöver finns policyer, program och strategier som bryter ner målen ytterligare och syftar till att stödja verksamheterna (Region Skåne, 2020f).

Regionen är uppdelad i olika förvaltningar vars uppgifter är att ta fram underlag inför samt genomföra politiska beslut. Tjänstemannaorganisationen består av förvaltningar inom bland annat kultur, trafik, fastigheter och hälso- och sjukvård. Primärvården är en av dessa förvaltningar (Region Skåne, 2020b) och sysselsätter cirka 4 300 personer (Region Skåne, 2020c). Primärvården ansvarar för regionens offentligt drivna vårdcentraler, barnmorskemottagningar, barnvårdscentraler och kväll- och helgmottagningar. Inom primärvårdens regi finns bland annat även ungdomsmottagningar, dietistverksamhet och forskningsverksamhet. Primärvårdens syfte är att skapa god hälsa och bästa möjliga patientupplevelse för alla i Skåne, för hela människan genom hela livet (Region Skåne, 2020c). Förvaltningen finansieras utifrån två ersättningssystem. En del av primärvårdsverksamheten drivs enligt Lagen om Valfrihetssystem (LOV) och får sin ersättning utifrån förutsättningar i de ackrediteringsvillkor som ges där. Resterande del av verksamheten finansieras av anslag, som är det som sätter grunden för primärvårdens ekonomiska ram (2020e).

I 2020 års budget och verksamhetsplanering har primärvården utsetts som ett utav de särskilt prioriterade områdena i regionen (Region Skåne, 2020f). Under året har 250 miljoner kronor tilldelats för att skapa förutsättningar för primärvården att stärka sin roll som första linjens hälso- och sjukvård för invånarna. Utbildningsinsatser behöver tillses för att tillgodose behovet av specialistläkare inom allmänmedicin. Den offentliga primärvården behöver utvecklas för att passa aktuella marknadsförutsättningar. Stärks primärvården finns större möjligheter att kunna ge en effektivare vård och öka tillgängligheten. En attraktiv arbetsmiljö skapar också bättre förutsättningar för att nyrekrytera och bibehålla medarbetare (Region Skåne, 2020f). Det övergripande målet för denna prioritetsplan är att ”utveckla primärvården som första instans och koordinator vid behov av hälso- och sjukvård”. Delmålen handlar om utöka fasta vårdkontakter på vårdcentralerna samt att genom hög tillgänglighet och kontinuitet skapa ökad trygghet och förtroende hos patienterna. Slutligen ska primärvårdens samverkan med Skånes kommuner och övriga vårdgivare förbättras för att stärka processarbetet med en sammanhållen vårdkedja Region Skåne (2020d).



Inom målet serviceinriktad verksamhet med god kvalitet anger Region Skåne kvalitativa målområden för hälso- och sjukvården, dessa läggs in under samlingsbegreppet *god vård*; Regionens hälso- och sjukvård ska vara tillgänglig, personcentrerad, hälsoinriktad, jämlik, säker, kunskapsbaserad och effektiv (Region Skåne 2020d). Delmål är till exempel, bland ett stort antal, att efterleva vårdgarantin, genomföra riktade hälsosamtal på vårdcentralen, minska antibiotikaförskrivningen (Region Skåne, 2020h). Verksamhetsuppföljning sker via månads-, delårs- och årsredovisningar i form av verksamhetsberättelser. Resultaten används för lärande och underlag för förbättringsarbete. Uppföljningen av hälso- och sjukvårdens resultat 2020 inriktas på de övergripande målen och delmålen följs framförallt upp via ett antal utvalda kvalitetsindikatorer. Tillgänglighet, kvalitet, produktion och ekonomi redovisas månadsvis Region Skåne (2020d).

Regionens övergripande verksamhetsplan sätter riktlinjerna för primärvårdens uppdrag och har mynnat ut i sex fokusområden (Region Skåne, 2020e);

- Tillgänglighet: Patienterna ska känna att det är lätt att få kontakt och vård när de behöver det. Förnyade arbetssätt och utvecklande av digitala tjänster ska öka tillgängligheten. Genom ett tillits- och värdebaserat nära ledarskap ska den tvärprofessionella kompetensen som finns inom respektive verksamhet tas till vara. Ett kontinuerligt förbättringsarbete ska utveckla verksamheternas helhetstänkande när det gäller just förbättringsarbetet, vilket kan skapa utveckling och effektiva processer.
- Bemötande: Alla patienter och Skånes invånare ska känna sig välkomna, trygga, sedda och lyssnade till.
- Medicinsk kvalitet: All primärvårdsverksamheten ska bedrivas med god kunskap, hög kompetens och patientsäkert. För att trygga säkerheten ska ett systematiskt arbete ske enligt förvaltningens ledningssystem för medicinsk kvalitet. Arbetet ställer krav på långsiktighet och fokus kommer att läggas på medicinska kvalitetsmått.
- Arbetsmiljö: Primärvården Skåne arbetar för att kunna erbjuda en hållbar arbetsmiljö. Kontinuerligt arbete med att finna nya och effektiva arbetssätt, ökad delaktighet och att ta tillvara medarbetarens kompetens är några ledord. Ledarskapet inom primärvården ska vara nära, hållbart, tillits- och värdebaserat. Minska beroendet av hyrläkare är ett



pågående arbete. Primärvården ska delta i forskning och utveckling samt ha ett internt miljöarbete.

- Nära vård: Här handlar det om vård som ska vara förebyggande, hälsofrämjande och kontinuerlig utifrån vad respektive patient behöver. Samverkan med övriga aktörer inom hälso- och sjukvård samt övriga samhället. Patienter med stort vårdbehov ska ha fast vårdkontakt och de med särskilda behov ska erbjudas ett mobilt läkarstöd.
- Digitalisering: Nya digitala processer ska bidra till ökad tillgänglighet och patientsäkerhet samtidigt som det ska ge minskad administration och på så sätt bättre arbetsmiljö genom bland annat minskad administration. Via digital mottagning kan primärvården redan nu ta emot enklare åkommor som inte kräver fysisk undersökning.

I primärvårdens verksamhetsplan för 2020 (Region Skåne, 2020e) påpekas att samtliga primärvårdsenheter fortsatt behöver ha en hög kostnadsmedvetenhet. Den svåraste uppgiften är att få ner kostnaderna för inhyrd personal, som istället hade kunnat investeras i egen anställd personal. Skulle detta lyckas skulle kostnaderna bli lägre och en bättre kontinuitet skulle finnas på respektive verksamhet. Kostnadsfokus behöver också finnas på läkemedelskostnaderna som varje år ökar mer än övriga kostnader. Enligt primärvårdsförvaltningen är det av vikt att vara uppmärksam på och anamma nya sätt att bedriva en kostnadseffektiv verksamhet. Samtidigt är det prioritet för alla verksamheter att hela tiden utvecklas så att de är attraktiva på marknaden för invånare och medarbetare, oavsett om de har positiv ekonomisk balans eller inte.

Ersättningsmodellen för vårdcentraler inom vårdvalet Region Skåne bygger på sex olika delar (Region Skåne, 2019):

1. Vårdersättning

Inom vårdersättningen utgör kapitation, den fast ersättning som verksamheterna erhåller per listad patient, den största delen. Ersättningen grundas till 80% på ACG (vårdtyngd) och till 20% på CNI (socioekonomi). "Viktas" patienten som 1,0 ges, år 2019, 3 408 kr för denna patient. En lägre vikt ger mindre pengar och tvärtom. Utöver den fasta ersättningen per patient ges en rörlig ersättning för besök som utförs på patienter som är listad på annan än den egna vårdcentralen. Fast ersättning ges för bland annat hembesök av läkare och arbetsterapeut till särskilda boenden, användande av tolk och vissa digitala vårdtjänster utförda av specifika



resurspersoner. En sista del i vårdersättningen är rörlig ersättning för utvalda åtgärder, bland annat läkemedelsgång och hälsoundersökning av patient med psykisk sjukdom. För att denna ersättning ska erhållas måste en så kallad KVÅ-kod (klassifikation av vårdåtgärder) registreras i systemet.

2. Läkemedelsersättning

Av de listade patienternas förbrukning av ”basläkemedel” har vårdcentralen ett 75%-igt kostnadsansvar. För utskrivna läkemedel till listade patienter ges ersättning baserat på ålder och kön samt socioekonomi, fördelning 90% respektive 10%.

3. Täckningsgrad

Täckningsgraden beräknas på andelen besök en patient gör inom primärvården av sina totala besök inom öppenvården under ett år. För vårdcentraler innebär detta tillägg eller avdrag på den viktade vårdersättningen. I Region Skåne behöver en patients besök inom öppenvården utföras till minst 63% inom primärvården för att inte vårdcentralen ska få en minskad vårdersättning (Region Skåne, 2020i).

4. Besök vid annan enhet på primärvårdsnivå

Medför avdrag hos den listade enheten enligt särskild prislista, avser bland annat besök som den listade patienten gör hos andra vårdgivare, både de som ingår och står utanför hälsovalet.

5. Tilläggsåtaganden

Vissa tjänster, som inte är obligatoriska inom Hälsovalet, men som ses som viktiga att uppmuntra, till exempel äldremottagning och mottagning för unga vuxna, genererar ersättning.

6. Certifieringar

Astma-/KOL-, diabetes- och hjärtsviktsmottagning är så kallade certifieringar som ger vårdcentralen extra ersättning.



4.2 Skånes primärvård i praktiken

4.2.1 Nätläkarens intåg på marknaden

Vårdcentraler belägna i städer märks mer av frekvent omlistning pga av missnöje hos patienter som inte får besökstid så snabbt som de hade önskat eller den hjälp de anser sig ha rätt till. En vårdcentralschef inne i en större stad säger: *“Det är ju rena high chaparall... Det är nätläkare ena veckan och så listar man om sig två gånger samma vecka för att “jag vill ha det där”*. På landsbygden är inte detta beteende lika utbrett. En verksamhetschef hade uppfattningen att det var unga invånarna i städerna som hade detta handlings sätt, att de upplevde det snabbt och enkelt att kontakta digitala doktorer. Allmänna uppfattningen bland respondenterna var att nätläkarna, på ett alltför enkelt sätt, listade patienter till sig.

Intervjuade verksamhetschefer belyser problematiken kring frekvent omlistning. Patienter i Region Skånes vårdval kan i praktiken lista om sig varje dag, vid missnöje hos en vårdcentral kan patienten direkt söka och lista sig hos annan aktör. Detta leder till en konflikt mellan patientens fria val och medicinsk kvalitet. Frekventa vårdcentralbyten innebär möten med flertalet läkare, vilka kan sakna kunskap om patienten och dennes tidigare vårdhistorik. Den bristande kontinuiteten leder till kvalitetsbrister. Illojaliteten mot “hemvårdcentralen”, där patienten är listad, leder till att dess utbud begränsas på längre sikt då mindre resurser tilldelas verksamheten. Verksamhetscheferna upplever att omlistningen sker alldeles för lättvindigt och att möjligheten bör begränsas. Med nuvarande system kan patienten sitta hemma och med hjälp av smartphone och bank-Id chatta med en nätläkaren och, till synes, automatiskt bli listad hos denne. Region Skåne erbjuder digitala alternativ, men marknadsför inte dessa i samma utsträckning som de privata och digitala aktörerna gör.

Verksamhetscheferna anger önskemål om att möjligheten till fritt antal omlistningar begränsas. År 2021 kommer avgiften för när en patient söker sig till annan mottagning är den som den står listad hos att höjas. Är en patient listad på en fysisk vårdcentral, men väljer att kontakta en nätläkare får den fysiska vårdcentralen betala 500 kr. En av verksamhetscheferna uttryckte att *“tycker det är barockt med den nya ersättningen till nätdoktorn. Tycker det är alldeles för mycket fokus på nätläkaren”*. Avgiften kommer även få betalas om vårdcentralens listade patient söker sig till annan vårdgivares fysiska verksamhet. Det som särskiljer nätläkarens



mottagning är att dess enkla tillgänglighet och korta inställetid kan innebära att ett mycket större antal patienter är "otrogna" och då genererar högre straffavgifter för sin listade vårdcentral. En av verksamhetscheferna, som arbetar i ett storstadsområde, ser den nya avgiften som en utmaning inför kommande år då många av verksamhetens patienter söker sig till nätläkaren, vilket kommer innebära stora utgifter utifrån hur ser ut idag.

Korta, digitala möten gynnar inte de äldre och sjuka, utan är mer fördelaktig för unga och inte lika vårdtunga patienter. En utmaning för vårdcentraler i städer är de frekventa omlistningar som omöjliggör en långsiktig ekonomisk plan. Det är svårt att hålla en verksamhet inom budget med ett konstant fluktuerande patientunderlag, en budget kan vara inaktuell från en dag till en annan.

4.2.2 One size fits not all

Trots att vårdcentralerna inom vårdvalet har samma spelregler går det inte att likställa dem verksamhetsmässigt. Vårdcentralen på landsbygden har helt andra förutsättningar än vårdcentralen belägen inne i stan, där underlaget ser annorlunda ut. På en vårdcentral, i en större stad, var 80 % av de listade patienterna utrikesfödda, några saknade svenskt medborgarskap eller var papperslösa, och en stor del av patienterna tillhörde en yngre generation. Verksamhetschefen där sa att *"det är enorma kontraster mellan de här två [mellan en vårdcentral på landsbygden och i stan] som ändå ska ha samma spelregler.* En vårdcentral där patientunderlaget utgörs av en stor andel utrikes födda kan behöver tilläggsresurser, till exempel tolkstöd. CNI-vikten, de socioekonomiska faktorerna, kommer under nästa år att minska och en verksamhetschef uttrycker sin oro *"för CNI handlar ju om du har utbildning, om du är ensamstående osv så det är ju inte bara om du är utlandsfödd, men det har vi ju fått... och det får vi inte från nästa år så då kommer det bli bekymmer..."*. Idag erhåller vårdcentraler med ett högt CNI-underlag en större ersättning i och med detta, men med införandet av den nya modellen kommer besök som kräver större resurser och längre tid, t ex pga språkförbistring eller kulturella skillnader, inte ges någon extra ersättning. Det har tyvärr framkommit att CNI-ersättningen i vissa fall inte har använts till det som den var tänkt. Enligt respondenterna kommer den nya ersättningsmodell, som införs i januari 2021, vara mer rättvis och svårare att manipulera.



Täckningsgraden i Region Skånes ersättningssystem innebär att om patienten utför 63% eller mer av sina besök inom öppenvården så får vårdcentralen ersättning. Är patienten "otrogen" och utför färre än 63% av sina besök inom öppenvården så får vårdcentralen erlagga en avgift. En verksamhetschef i närheten av Skånes större städer får alltid böta då patienterna är otåliga och väljer att gå till annan vårdgivare alternativt akuten, detta trots att vårdcentralen har en god bemanning och flitig personal. Även konkurrensen med privata vårdcentraler har naturligtvis betydelse för de offentliga vårdcentralerna. I ett respondentområde, med flera privata alternativ, var den offentliga vårdcentralen inte längre förstahandsvalet. På landsbygden är utbudet av andra aktörer lägre och verksamheter lokaliserade där behöver inte lägga så stor vikt vid konkurrerande verksamheter.

4.2.3 Brister i ett komplext system

Utifrån vittnesmål kan aktuellt ersättningssystem ge upphov till manipulation och fusk. Det är kort och gott ett sårbart system. Grundersättningen vårdcentralen får är en peng per listad patient, hur stor denna är beror på viktningen av ACG (vårdtyngd) och CNI (socioekonomi). CNI kommer från nästa 2021 att försvinna, något som kommer bli kännbart för vårdcentraler i större städer. Förhoppningen är att det nya systemet vara mer rättvist än det nuvarande. Listningsersättningen är den fasta intäkt som en vårdcentral har. Hur stor ACG och CNI är beror på hur vårdtunga patienterna är och hur patientunderlaget i aktuellt upptagningsområde ser ut. Utöver dessa två parametrar får vårdcentralerna ersättning för som En verksamhetschef uttryckte det, *får pengar för allt vi gör*". Förutsatt att besöket och åtgärden registreras i systemet. För varje besök en patient gör erhåller vårdcentralen en "statistikpinne". Vårdcentralen där patienten är listad erhåller alltid "pinnen", men får i gengäld betala ut ersättning till den vårdgivare som utfört patientbesöket. En verksamhetschef nämnde att det finns en stor uppfinningsrikedom vad gäller sättet att generera "pinnar."

Söker patienten för till exempel förkylning får vårdcentralen ersättning för den medicinska diagnosen. Registrerar vårdcentralen därutöver patientens kroniska diagnoser, vilka inte var syftet med besöket, ökar ersättningen. När verksamhetschef vid något tillfälle uppmärksammat de styrande i regionen om möjligheten till fusk i aktuellt ersättningssystem har responsen varit att *"det är ju inte meningen"*. Det som är oerhört viktigt för vårdcentralerna är att de registrerar det arbete de utför, utan registrering uteblir ersättningen även om de har träffat patienten.



Antal listade patienter styr hur stor ersättning vårdcentralen erhåller. Väljer vårdcentralens patienter att lista sig hos annan enhet minskar ersättningen, en stor mängd omlistningar kan medföra "ett stort tapp i kassan". Verksamhetschefer önskar ett system där den fria listningen begränsas till ett par gånger per år. I nuläget kan patienter lista om sig flera gånger per vecka. En verksamhetschef uttryckte det med att "*patienterna förstår inte konsekvenserna av deras omlistningar och hur ersättningssystemet är uppbyggt*". Färre omlistningar skapar en bättre kontinuitet i patientkontakten.

4.2.4 Medicinsk kvalitet och kontinuitet

Samtliga respondenter uppgav att patientsäkerheten alltid går före ekonomin samt att deras medarbetare är medvetna om ersättningssystemet. Val av besöksform och resursperson planeras utifrån ersättningsnivån. En respondent nämnde att utförandet av till exempel en minnesutredning kan både arbetsterapeut och sjuksköterska genomföra. Dock uteblir ersättningen om tjänsten utförs av sjuksköterska, varför val av resursperson blir arbetsterapeut. Patientflödet ska alltid ske utan att patienten blir lidande. Frekventa ord som förekom i samtalen var tillgänglighet och bemötande. Vårdcentralen ska inte bara uppnå ekonomiska budgetmål utan även medicinska kvalitetsmål. Medicinska kvalitetsmål handlar till exempel om att vårdcentral bör ha en låg förskrivning av antibiotika samt kontinuitet, att patienten får träffa samma läkare när det är dags för återbesök.

En verksamhetschef förklarade att de arbetade mycket med tillgänglighet och bemötande. "*Och tillgänglighet betyder inte att man ska komma till doktorn, tvunget, utan det kan ju vara att man får träffa först en kurator, psykolog eller sjukgymnast eller att man ens bara kommer fram i telefon när man ringer. Och sedan bemötandet. Det är ju de två faktorer som är absolut viktigast för vår del. Att vi är tillgängliga och bemöter utefter behov och att man känner sig sedd och känner tillit till sin vårdcentral, jätteviktigt*". Tillgänglighet är inte likställt med ett fysiskt besök, utan innebär även att vårdcentralen är kontaktbar via telefon.

Något som cheferna på vårdcentralerna upplevde som ett hot mot den medicinska säkerheten var patienternas möjlighet till obegränsat antal omlistningar. En del patienterna förstår inte innebörden av sitt beteende, att det kan innebära en fara för dem. Verksamhetschefernas önskan var en begränsning i antalet omlistningar. Vårdvalets möjlighet till fri omlistning innebar även



svårigheter med den ekonomiska planeringen *"Lägger en budget som inte är aktuell om två månader på grund av att folk kommer och går"*.

På frågan om det kan uppstå motsättningar mellan medicinsk kvalitet och ekonomiska mål var svaren varierande. Någon liknade arbetet med att driva ett privat företag, någon påtalade att det inte finns någon förväntan på att gå med vinst, någon uppgav som svar att det var viktigt att arbeta på ett effektivt sätt för att hushålla med skattepengarna. Något som upplevdes som svårt var att få läkarna att avsätta tid för förbättringsarbete, då dessa var oerhört måna om sina patienter och inte ville stjäla värdefull patienttid.

En annan aspekt som kunde påverka kvaliteten negativt var stor personalomsättning och brist på medicinska resurspersoner, detta kunde ju dock inte skyllas på ersättningssystemet. *"Jag har ju inte fasta läkare mer än två stycken och det gör ju att du tappar kontinuiteten, du tappar arbetet med strategier och medicinska frågor och så när du måste byta personal hela tiden. Så i den aspekten blir ju liksom kvaliteten lidande... men, det är ju inte systemet i sig som orsakar det, men du har svårt att nå målen för att det är brist på vissa personalgrupper"*. En verksamhetschef uppgav att bristen på allmänläkare gjorde att de ekonomiska målen inte kunde uppnås. Vårdcentralen hade tidigare inte haft några problem med att rekrytera sjuksköterskor, men nu upplevdes även brist inom denna resurskategori.

En av respondenterna ansåg att det var viktigt att vända på vissa frågeställningar, avseende möjligheten kring medicinska mål och att samtidigt ha en ekonomi i balans. Vårdcentralen hade inte möjlighet att "springa på allt" utan fokuserade på det som var viktigast för deras listade patienter. Ett exempel var vårdcentralens varmvattenbassäng. Vid verksamhetschefens tillträdande hade vårdcentralen ett stort ekonomiskt underskott och bassängen var dyr i drift. Uppmaningen var att stänga bassängen, men istället vändes på frågan till *"hur många behöver vi doppa i bassängen för att vi ska kunna ha kvar den?!"*. Bassängen finns kvar och vårdcentralen har idag ett positivt resultat.

Vid årsskiftet 2020/2021 kommer ett nytt ersättningssystem att införas. Verksamhetschefens förhoppning är att det nya systemet kommer att fokusera mera på patienten och mindre på en intensiv produktion. Gott bemötande och bra medicinsk kvalitet skapar förhoppningsvis förutsättningar för att patienterna fortsatt önskar vara listade på vårdcentralen, vilket genererar en god ekonomisk ersättning. En bra medicinsk kvalitet och stabil ekonomi hänger på så vis



samman. Cheferna hade förståelse för att det inte är lätt för politiker att skapa ett funktionellt system i en komplex värld.

4.2.5 Systemets funktion är beroende av personalens kunskap

I flertalet intervjuer tog respondenter upp att utbildning av personalen i hur man kodar besök och åtgärder var av stor vikt. Vårdcentraler som tidigare gått med förlust hade lyckats vända denna kurva genom att lägga tid på lärande i vilka diagnoser och åtgärds-koder som skulle registreras. En utav respondenterna förklarade att detta diskuteras mycket, hur deras arbetssätt är relaterat till den ersättning de erhåller och att de nu ser resultatet av dessa ansträngningar. Registrerar de fel, eller inte alls, så medför detta avsaknad av ersättning. Samma verksamhetschef höll med om att ersättningsmodellen förutsätter att alla som tar del av systemet måste vara medvetna om hur det fungerar och utnyttja det till fullo, för att primärvårdens resurser ska fördelas på ett rättvist sätt. Det upplevdes också som mer stimulerande för medarbetarna om man ser att det man gör leder till ett resultat.

Registreringar skapar statistik över hur många besök som genomförts och vilken vårdtyngd som funnits inom olika områden, vad som har utträttat, helt enkelt. *”Man springer inte bara i blindo utan alla får ta del av detta.”* *”Det är mycket jobb, men det blir roligare också för att man får ett resultat.”* Från en annan vårdcentral påtalades att *”nu är det jätteviktigt att vi fyller i det och det och glöm inte den koden, det är ju saker som ska visa vad vi gör.”* Förutom att koda rätt kan även vissa kvalitativa åtgärder, till exempel revidering av patienters läkemedelslistor, medföra lägre kostnader.

Något som kan påverka kodning negativ, och följaktligen den ekonomiska ersättningen, är personalomsättning. Medarbetare utan tidigare erfarenhet från vårdcentral har, av förklarliga skäl, bristande kunskap om ersättnings-systemet och kanske glömmer att registrera och saknar insikt i vikten av att det som utförs måste kodas. En verksamhetschef förklarar att, trots att alla medarbetare ”springer” och är högt belastade så måste det framgå i systemet vad som har utförts för att modellen ska vara funktionell. I intervjuer framkom att mycket handlade om att hantera de resurser man har till förfogande på det mest effektiva sättet samt att alla vårdcentralens resurspersoner behövde jobba tillsammans, som ett team. Vårdcentralerna behöver ta hand om sina patienter och utnyttja sina kompetenser till det yttersta. Samtliga resurspersoner bidrar till verksamhetens framgång.



På frågan om vårdcentralerna använder sig av någon särskild modell för sitt förbättringsarbete, syftande till att minska icke värdeskapande aktiviteter och få mer tid till att utföra rätt saker på rätt sätt, framkom att LEAN var det mest framträdande. Dock används inte modellen fullt ut, ibland inte ens uttalat, utan det är mera filosofin kring modellen som finns med i det dagliga arbetet. Verksamhetscheferna är medvetna om hur de ska arbeta enligt LEAN, men upplevelsen bland några var att det är viktigare att vara en närvarande chef för sina medarbetare så att dessa kan utföra sitt arbete, hellre än att till punkt och pricka leva efter en styrmodell.

Bland de intervjuade cheferna upplevdes det som att intresset för ekonomistyrning varierade, några var väl medvetna om hur de kunde ”styra” sin ekonomi. När en vårdcentral noterade att de inte fick in de pengar som de var berättigade till, fokuserade de om och lade stor vikt vid vad som utfördes, hur det gjordes och att det registrerades. Detta medförde att verksamheten inte längre var i behov av att säga upp medarbetare. Någon annan såg målet att driva vårdcentralen i bra balans och var medveten om att *”Kan hända att det behövs använda det ekonomiska sinnet och bolla vad jag kan göra.”*

Regionen ger ersättning för olika aktiviteter, varav vissa inte är obligatoriska. Att ha en så kallad ”äldremottagning” ger en ersättning á 240 000 kr per år. För att uppfylla kriterierna för denna ska vårdcentralen erbjuda rätt kompetens, ha öppen telefon ett visst antal timmar i veckan för denna mottagning mm. Aktuell vårdcentral var lokaliserad utanför tätort och hade en stor andel äldre i sitt patientunderlag. Chefen var mycket medveten om ekonomin, men var också införstådd med att mottagningen var mycket uppskattad bland patienterna, så det var i detta fall både en ekonomisk och en kvalitativ vinst.

Vårdcentralschefer lägger med hjälp av en ekonom en budget och får då ett underlag att styra verksamheten mot. Budgetmålen behöver dock brytas ner till delmål för att medarbetarna ska kunna förstå vad de aktivt ska göra för att vårdcentralen ska gå ihop ekonomiskt. Här kunde någon vårdcentralschef uppleva en konflikt. Påtalades det till exempel att vårdcentralen behövde ta in flera patienter kunde läkarna protestera mot detta, med invändningen att de hade många äldre patienter som behövde längre besök, varför det inte fanns utrymme för att utöka antal patientbesök. Där upplevde verksamheten en konflikt mellan god ekonomi och möjligheten att erbjuda kvalitativ och jämlik vård.



5. Hantering och konsekvenser av identifierade målkonflikter inom primärvården Region Skåne

Nedan följer en diskussion utifrån presenterat material i föregående kapitel med inspel från teorier och modeller i kapitel tre. Balansgången mellan att hålla vårdcentralen inom budget och samtidigt ha en attraktiv, kvalitativ verksamhet med god tillgänglighet ses tydligt. Ersättningssystemets brister är märkbara, likaså konsekvenser av patientens fria val.

5.1 Målstyrning och målkonflikter

När kundfokus infördes i den offentliga verksamheten infördes även den målstyrda organisationen. Styrande politiker ansvarar för att fastställa de ekonomiska målen, men ansvaret för själva måluppfyllelsen ligger hos utföraren, som i detta fall är vårdcentralen (Almqvist et al, 2012). Verksamhetschefer lägger, med hjälp av regionens ekonom, sin budget och ansvarar sedan för att implementera denna. Genom detta har regionen lämnat detaljstyrning och ansvarar nu istället för att sätta verksamheternas yttre ram vad gäller ekonomin. Det innebär som Lindvall (2011) menar att den operativa verksamheten har stor självständighet och stort ansvar för att nå budgetmålen. Detta är även en del av den tillitsbaserade styrningen som innebär att beslut har flyttats ut i den dagliga verksamheten (Paulsson, 2017). Verksamhetschefen på vårdcentralen är involverad i det operativa arbetet vilket utmärker ett nära ledarskap.

Budget och de finansiella delarna av ersättningssystemet tillhör VMAS. VMAS kännetecknas av att överordnad styr underordnad (Ax et al, 2013). Budgetutfallet rapporteras uppåt i organisationen vilket innebär att regionledningen får indikationer på hur enskilda vårdcentraler når uppsatta mål. Det som vårdcentralen utför behöver formuleras till mätbara indikatorer (Pettersen & Solstad, 2015). Enligt Strid (2014) är dessa indikatorer många och svåra att överblicka. Inom matrisorganisationer ska flera områden tillgodoses samtidigt varför konflikter mellan vertikala och horisontella mål kan uppstå. Ax et al (2013) anser ändå att det finns möjlighet för dessa att kombineras.

Inom hälso- och sjukvården specifikt uppkommer ibland motsättningar vid beslutsfattande för den kliniska verksamheten då överensstämmelse måste finnas med vertikala krav (Chenhall, 2014). Verksamhetschefer inom primärvården Region Skåne har resultatansvar för sin



verksamhet och kan ta beslut för egen del, men har samtidigt flera intressenter att ta hänsyn till när besluten ska fattas. Bland annat patienter, medarbetare, samarbetspartners och vertikala ledningsmål. Med olika aspekter att ta hänsyn till vid verksamhetsstyrningen krävs en balansgång för att inte konflikterna ska bli oproportionerligt stora åt något håll (Anthony et al, 2014). Ellegård och Glenngård (2019) påvisade att det finns motsättningar mellan att säkerställa tidseffektiv och jämlik vård och samtidigt lyckas hålla verksamheten inom budget. Ledningen för primärvården i Region Skåne är medvetna om detta då de i verksamhetsplan 2020 påpekar vikten av kostnadsmedvetenhet för samtliga enheter. Samtidigt påtalar de att det är prioriterat med en fortsatt verksamhetsutveckling, oavsett om det påvisas ett positivt eller negativt ekonomiskt resultat. Detta behövs för att primärvården ska kunna vara en attraktiv aktör på marknaden.

Det som påverkar vilka målkonflikter som uppkommer och magnituden på dessa är, dels var vårdcentralen är belägen, dels hur patientunderlag och konkurrenssituation ser ut. Vårdcentral på en mindre tätort med stabilt patientunderlag och låg konkurrens hade, jämfört med verksamheter med motsatta förutsättningar, en stabilare ekonomi och kunde i större utsträckning välja bland vilka, icke obligatoriska, tjänster som skulle fokuseras på. Det kunde exempelvis vara införandet av en äldremottagning. Verksamheter med en större andel unga patienter och flera andra valbara vårdgivare i närheten hade inte samma möjligheter. Där låg fokus på att få en mer beständig budget. Enligt Skog (2018) och Regeringskansliet (2020) är kapitationen, den fasta ersättningen, ett bra sätt för kostnadskontroll. Detta då verksamheter i förväg vet vilket ekonomiskt underlag de har till sitt förfogande. I praktiken stämmer dock inte alltid detta. I en undersökning från 2012 uppgav endast 33% av primärvårdens verksamhetschefer i Region Skåne att de i stor utsträckning hade möjlighet att påverka sina kostnader. Vårdcentraler vet i vissa fall inte hur många listade patienter de har från dag till dag. Inom Region Skåne finns inget tak för hur många gånger en patient har rätt att lista om sig. När en budget läggs sätts ramarna för respektive vårdcentral avseende vad de ska styra mot och vilka förväntningar som finns. Med nuvarande omlistningssystem kan dock en budget som är aktuell idag vara inaktuell imorgon. En ytterligare faktor som vårdcentralerna numera behöver beakta är nätläkaren. Patienternas rörlighet och önskan om snabba och tillgängliga besök gör nätläkaren attraktiv. Från och med 2021 kommer patientens "hemvårdcentral" få betala en högre straffavgift än i dag vid varje tillfälle deras patient besöker annan vårdgivare, exempelvis en nätläkare (Region Skåne, 2020d). Detta är något som skapar frustration för en vårdcentral som försöker planera sin verksamhet.



5.2 Konflikt mellan praktik och vertikal styrning

Det horisontella ledningssystemet (HMAS) kännetecknas att kunden är i fokus. Målet är att skapa kundnytta genom att effektivisera arbetsprocesser så att dessa blir mer kvalitativa och kostnadseffektiva (Ax et al, 2013). HMAS kännetecknas av teamarbete och ett gemensamt ansvar för att skapa nytta för patienten (Chenhall, 2008). Om vårdcentralen ska nå sina mål är teamarbete en förutsättning, både när det gäller de vertikala och horisontella dimensionerna (ibid). Inom primärvården har det varit vanligt att använda LEAN för att effektivisera arbetssättet (Vårdfokus, 2017). Vid intervjuer med verksamhetschefer inom primärvården Skåne uppgav de att de indirekt arbetade med LEAN. Med LEAN är grundtanken att den ska användas i ett kontinuerligt förbättringsarbete (Hellman et al, 2019). Samtliga medlemmar inom organisationen behöver förstå vikten av att skapa processer som leder dem framåt i arbetsutvecklingen. Ett problem i den horisontella dimensionen kan dock vara att det är svårt att veta vem som har ansvaret. Att lägga tid på internt kvalitetsarbetet genererar effektivisering av arbetsprocesser (Ax et al, 2013). Något som i sin tur leder till att mer tid för patienten frigörs, vilket skapar en ökad tillgänglighet, som är ett av regionens mål. Viktigt för vårdcentraler att ta vara på sina medarbetares kompetens och genom ett systematiskt kvalitetsarbete sträva efter utveckling inom sina fokusområden: Tillgänglighet, bemötande, medicinsk kvalitet, arbetsmiljö, nära vård, digitalisering (Region Skåne, 2020e).

Registrering och mätning av medicinska kvalitetsindikatorer är också del i det horisontella arbetet för att skapa större kundvärde. Då alla patientfall är unika kan vägen fram till utfallet se olika ut. I förhållanden med låga orsak- och verkansamband har mätning av målen setts som det bästa sättet att bedöma och jämföra resultat. Risken med målstyrning är dock att det som inte mäts inte ges någon uppmärksamhet, något som motsäger processarbetets mål (Lindvall, 2011). PrimärvårdsKvalitet (2020b) avråder starkt från att koppla målrelaterad ersättning till utfall av kvalitetsindikatorer på grund av att detta inte har visat sig leda till bättre vård. De förespråkar ett tillitsbaserat förhållningssätt avseende ledning och styrning och att resultatåterkoppling sker till vårdens medarbetare. Detta var något som respondenterna påtalade som en del i sitt medarbetarskap, återkoppling av resultat för att påvisa att alla har en del i verksamhetens framgång. Beteendet "reaching the target but missing the point" kan också



bli en negativ följd om inte medarbetarna delges målens syfte och upplever dem som viktiga ur ett kvalitativt perspektiv (Anell, 2020).

Verksamhetschefer inom Skånes offentliga primärvård vittnar om att patientens bästa alltid går före ekonomisk måluppfyllelse. Vad som är patientens bästa kan dock se annorlunda ut beroende på från vems perspektiv man ser det. Från patientens sida ses det ofta utifrån ett subjektivt perspektiv, medan det från vårdcentralens sida ses mer utifrån en objektiv synvinkel. Patientens fria val, som styrs av Lagen om valfrihet (LOV), upplevde verksamhetscheferna som något bra. Det som var mindre bra var systemets sätt att hantera valfriheten. Den obegränsade möjligheten att lista om sig leder till att vårdcentraler har svårt att planera sin verksamhet. Det innebär även risker för den enskilde patienten. Vårdvalssystemet ger patienten möjlighet att hela tiden söka sig till nya verksamheter och nya läkare. Inom HMAS, där läkaren vill säkerställa en god medicinsk kvalitet, kan detta vara svårt att uppnå om kontinuiteten brister. Behandlande läkare kan sakna insikt om vad som skett hos andra vårdaktörer som patienten har besökt.

Hög omlistningsfrekvens kan orsaka stora budgetavvikelser. En anledning till hög omlistning kan i sin tur vara avsaknad av fast personal och genom detta, bristande tillgänglighet och kontinuitet. Hos dessa vårdcentraler kan antas att internt utbildningsarbete inte prioriteras då tid och fokus istället behöver läggas på att säkerställa bemanning och på produktion. Det finansiella VMAS bygger på att samtliga inom systemet är införstådda med hur det fungerar, för att det ska fungera korrekt och rättvist (Pettersen & Solstad, 2015). Vid introduktion av ny medarbetare, som inte tidigare arbetat inom primärvården Region Skåne, krävs tid för att lära upp personen i hur ersättningssystemet fungerar. Flera vårdcentraler vittnar om läkarbrist och hög personalomsättning. Den nedåtgående spiral som finns vad gäller avsaknad av fast bemanning, hög omlistning och förlorad ersättning, på grund av personal som saknar kunskap i hur ersättningssystemet fungerar, behöver brytas. Den övergripande ledningen, som verkställer utformningen av VMAS, är de som kan påverka detta. Det åligger även den vertikala organisationens ledning att förbättra möjligheter till en stabilare bemanning. Detta genom att bland annat öka organisationens attraktion som arbetsgivare, genom utformning av exempelvis arbetsmiljö.

Inom Skånes offentliga primärvård finns således både VMAS och HMAS och dessa påverkar varandra. För att uppnå en framgångsrik processverksamhet krävs samspel mellan professioner och ledningssystem. Ledare inom processverksamheter behöver "styra" sina medarbetare till



att prioritera processmål istället för enbart produktion (Hellman et al, 2015). En vårdcentral påtalade att det ibland var svårt att få den medicinska personalen att avsätta tid för kvalitetsarbete. För att vårdcentralen ska erhålla korrekt ersättning krävs att den medicinska personalen tar sig tid för att lära sig ersättningssystemets olika delar. Sker felaktig inrapportering resulterar detta i att enheter som är berättigade till ersättning inte erhåller densamma. Att medicinsk personal värderar tiden med patienten högt är bra, men ur ett långsiktigt och övergripande organisationsperspektiv är kvalitetsarbetet en investering för att nå de horisontella målen. Kvalitetsarbetet skapar förutsättningar för att koda rätt, vilket i sin tur skapar finansiell ersättning utifrån VMAS.

5.3 Decentralisering och vertikal måluppfyllelse

Vid övergång till en tillitsbaserad styrning gavs verksamhetschefer möjlighet att leda vårdcentralen med större frihet. Vad som framkommit i studien är att cheferna leder vårdcentralen som "sin egen", så den tillitsbaserade styrningen har lyckats. En risk finns dock med detta decentraliserade arbetssätt. Som Ax et al (2013) påpekar kan enheten bli för fokuserad på egen vinning istället för att sträva efter måluppfyllelse för den övergripande organisationen. För att motverka att vårdcentralen får en för stark "jag-känsla", och inte ser till organisationens övergripande mål, får vårdcentraler med ekonomiskt överskott inte behålla detta. Vinsten skjuts över till verksamheter med negativt resultat. Pettersen och Solstad (2015) påtalar att sjukvårdens revirtänk minskade med införandet av det horisontella organisationsperspektivet. Detta kan kanske främst ses inom specialistsjukvårdens olika avdelningar, där en patient hanteras av olika specialister under sin vårdtid. På en vårdcentral handlar processarbetet inom den egna enheten, inte tillsammans med andra vårdcentraler. Detta kan vara en anledning till att det vertikala ledningssystemet fortfarande är starkt inom denna organisation.

Enligt Anthony et al (2014) är det vanligt att decentralisering leder till lägre måluppfyllelse och effektivitet sett till den övergripande organisationens mål. De vertikala målen kan uppnås via strikta formella regler, men då sker detta ofta på bekostnad av kvaliteten på utfört arbete. Det krävs balans mellan VMAS och HMAS för att upprätthålla jämvikt mellan medarbetarnas entusiasm och framåt drivande och organisationens övergripande måluppfyllelse.



Uppfattningen som gavs utifrån respondenternas svar var att man var medveten om de olika ekonomistyrningsformerna, men att intresset för att kunna dra nytta av dem varierade bland verksamhetscheferna. Vissa chefer lade om riktningen för verksamheten just för att förbättra sitt ekonomiska resultat. Andra kände sig nöjda med att verksamheten visade positivt resultat. Inom en sjukvårdsorganisation kan medicinska professioner informellt ha mer makt än organisationens ledning. Beslut kan till och med motverkas om de som styr inte har någon egentlig möjlighet att påverka att beslutet implementeras (Anthony et al, 2014). Det hade varit intressant att veta vilken bakgrund respondenterna hade för att förstå vilket intresse de har för ekonomistyrningen. Kanske varierade intresset för ekonomistyrningen beroende på om verksamhetschefen hade en medicinskt, ekonomisk eller annan bakgrund. Någon med medicinsk profession kanske till större del prioriterar de horisontella målen framför de vertikala.

Respondenter uppgav att nuvarande finansiella VMAS har brister. Till exempel vad gäller de delar som har incitament för ökad produktion, den så kallade täckningsgraden. Här skapas möjlighet för att på ett kanske innovativt, men ibland inte helt moraliskt riktigt sätt, snabbt öka upp sin produktion. Det kan handla om att enbart satsa på korta, enkla besök, t ex vaccinationer, för att på så sätt öka täckningsgraden och följaktligen sin ersättning. Detta kan leda till en selektering bland vårdcentralens patienter. Vissa patientgrupper kan bli bortprioriterade då de kräver längre och flera besök samt involverar ett bredare spektrum av resurspersoner. Fenomenet "cream skimming", att endast fokusera på de ekonomiskt mest fördelaktiga kunderna, är en negativ följd av denna del av ersättningssystemet och något som behöver ses över. Både Loodin (2019) och Karlsson (2017) beskriver att detta tvivelaktiga agerande vad gäller täckningsgraden är utbrett, något som respondenterna bekräftar.

Konflikter kan uppstå inom matrisorganisationer mellan den övergripande organisationsledningen och de som arbetar inom den operativa delen (Chenhall, 2008). Vårdcentraler har flera intressenter att tillgodose, tex regionen, patienter och samarbetspartners. Dessa kan ha olika kriterier för vad som är rätt och kommer leda till att fortsatta avvägningar krävs vid tillfällen då VMAS och HMAS korsas. Forskningen är i dessa fall tvetydig (Glenngård & Anell, 2017). Å ena sidan har beskrivits att styrande politiker, som fokuserar på folkhälsan i stort, och medborgaren, som förmodligen är mer inriktad på sitt enskilda ärende, kan ha olika sätt att bedöma en vårdgivare. Å andra sidan har studier inom svensk primärvård påvisat att det inte finns någon konflikt mellan högre produktivitet, kvalitet ur ett



folkhälsoperspektiv och tillfredsställda patienter. Inom primärvården Skåne uppfattas att konflikter finns inom dessa områden. Det finns missnöjda patienter som listar om sig på bekostnad av den egna hälsan. Det finns ersättningsystem med incitament för hög produktion, vilket riskerar leda till sämre medicinsk kvalitet för patienter som är beroende av den fysiska vårdcentralen.



6. Balansgång mellan ekonomi och kvalitet i ett komplext system

I slutkapitlet besvaras studiens forskningsfrågor och syfte. Redogörelse av målkonflikter och hur dessa hanteras, vad deras konsekvenser blir, både för den enskilda vårdcentralen och för samhället i stort, samt hur patientens fria val påverkar. Slutligen ges förslag på vidare forskning inom området..

6.1 Ett vertikalt systems nackdelar kräver en attraktiv arbetsgivare

Studien har vänt sig till verksamhetschefer och andra intressenter inom offentlig primärvård med förhoppning om att kunna belysa hur aktuella målkonflikter hanteras. En slutsats som kan dras är att befintlig ersättningsmodell, motsvarande det vertikala ledningssystemet, har flera nackdelar ledande till spänningar både inom och mellan VMAS och HMAS. Ersättningssystemet ger upp uppkomst till en målkonflikt på så vis att den genererar en skev fördelning av resurser. Systemet gynnar vissa, andra inte. Det beroende på hur patientunderlaget ser ut och var vårdcentralerna är geografiskt belägen. I förlängningen medför detta att enheternas kvalitativa arbete blir lidande och det vertikala ledningssystemet hindrar måluppfyllelse inom en processverksamhet, som Kastberg & Siverbo (2013) mycket riktigt påpekar.

Organisationsledningens hantering av konflikten är att verksamheter med överskott får överlämna detta till enheter med underskott. Vårdcentraler som egna resultatenheter kan som Ax et al (2013) påpekar bli för fokuserade egen måluppfyllelse istället för organisationen i stort. Pettersen och Solstad (2015) påtalar att sjukvårdens “revirtänk” minskade med införandet av det horisontella organisationsperspektivet. Inom primärvården Skåne verkar detta snarare ha stärkts med införandet av vårdvalet. Detta upplevdes särskilt bland våra respondenter som uppvisade ett positivt ekonomiskt resultat. Organisationen använder, förutom överföring av vinst, målstyrning och ersättning för uppnådda kvalitetsmål för att balansera “revirtänket”.

En andra målkonflikt består i VMAS syfte att generera pengar till verksamheten kontra HMAS syfte att skapa kundvärde. VMAS måste efterföljas för att vårdcentralen ska få ersättning, men ett bristfälligt system medför att HMAS mål, att förbättra arbetsprocesserna så att dessa blir mer kvalitativa, tids- och kostnadseffektiva (Atkinson et al, 2012) hindras. Verksamheternas svar på konflikten är för en del att utnyttja systemet över en moralisk nivå. Tar de sig istället



tid till att lära sig systemet, för att inte förlora ersättningen, sker detta på bekostnad av patienttid. Loodin (2019) och Karlsson (2017) beskriver båda att det tvivelaktiga agerandet vad gäller täckningsgrad, ersättning per besök, är utbrett. Respondenterna bekräftar systemets möjlighet till överdiagnostisering, bortselektering av patienter och fokus på snabb produktion för snabba pengar. Även om systemet enkelt kan utnyttjas upplevs det samtidigt komplicerat och svåradaptat till dagens arbetssätt med högt tempo. Ersättningssystemet kräver stora utbildningsinsatser för nya medarbetare som saknar tidigare erfarenhet från primärvården i Skåne.

Ellegård och Glenngård (2019) påvisade att det finns motsättningar mellan att säkerställa tidseffektiv och jämlik vård och samtidigt lyckas hålla verksamheten inom budget. Det är också känt sedan tidigare att finansiella VMAS bygger på att samtliga inom systemet är införstådda med hur det fungerar, för att det ska fungera korrekt och rättvist (Pettersen & Solstad, 2015). Medarbetarna behöver inse vikten av att lära sig ersättningssystemet även om detta, kortsiktigt, innebär att det sker på bekostnad av patienterna. På längre sikt genereras ett bättre ekonomiskt resultat för vårdcentralen om de bemästrar systemet, något som i sin tur skapar gynnsammare förutsättningar för att kunna erbjuda en god vård. Pettersen och Solstads (2015) teori om att ersättningssystemens utformning och hur dessa motiverar medarbetarnas agerande är en källa kan alltså bekräftas.

En tredje målkonflikt inom primärvårdsverksamheten är brist/stor omsättning på personal medförande bristande kundkontinuitet och, på längre sikt, sämre kvalitet. Tänkbara orsaker till denna konflikt kan vara den övergripande organisationens dragningskraft som arbetsgivare samt, återigen, brister i utformningen av VMAS. Vid en redan låg bemanning finns inte tid att sätta sig in ett komplicerat ersättningssystem, vilket medför en sämre ekonomisk ersättning. Tid finns inte heller till kvalitetsarbete vilket minskar vårdcentralens attraktion och i sin tur leder till lägre patientunderlag. Hanteringen av konflikten är dels regionens investeringar på medarbetarsidan, bland annat vad gäller utbildning, för att regionen ska attrahera ny arbetskraft och behålla befintlig arbetskraft. Inom det horisontella ledet är svaret på konflikten styrmodellen LEAN. Forskning har visat att LEAN inom primärvårdsorganisationer gynnar både personal och vårdkvalitet (Kaltenbrunner Nykvist et al, 2019). Många inom vården arbetar omedvetet enligt LEAN (ibid). De flesta intervjuade verksamhetschefer uppgav att de använde sig av LEAN-modell i sitt tankesätt, men kanske inte uttalat. Här är det viktigt att ledare inom processverksamheter "styr" sina medarbetare till att prioritera processmål istället för enbart



produktion (Hellman et al, 2015). Konflikter kan uppstå inom matrisorganisationer mellan ledningen och den operativa verksamheten (Chenhall, 2008). Flera verksamhetschefer påtalade att deras medarbetare ibland hade argument mot kvalitetsarbete, något som alltså är ett känt fenomen. Utifrån ett samhällsperspektiv kunde kanske en del lösning på ovan nämnda problem vara att alla Sveriges regioner har ett och samma ersättningssystem vad gäller fördelningen av fast och rörlig ersättning, vilka kvalitetsindikatorer som premieras etc. Detta för att i en tid av brist på medicinsk personal kunna underlätta växelarbete mellan regioner och på så sätt eliminera en viss del av utbildningstiden.

6.2 Patientens bästa och patientens vilja - en intressekonflikt!

I studien noterades att patientens fria val påverkade målkonflikter inom primärvården på framförallt två sätt. Valfriheten av vårdgivare och patientens inflytande leder dels till risker vad gäller patientsäkerheten och dels till minskad kostnadskontroll för vårdcentralerna.

I den vertikala organisationen mäts utfall och avvikelser som sedan rapporteras uppåt i organisationen. Samtidigt ställer ledningen krav nedåt i organisationen (Ax et al, 2013; Pettersen & Solstad, 2015). Ax et al (2013) tar upp att i den horisontella dimensionen är målet att skapa värde för kunden. I aktuell studie är kunden lika med patienten. Det framgick med tydlighet att patientsäkerheten alltid gick före ekonomisk måluppfyllelse. Samtidigt kan en konflikt mellan patientens vilja och patientens bästa ses. Målstyrning, som är den vanligaste styrmodellen i offentlig verksamhet, har som syfte att erbjuda medborgarna vad de behöver och önskar (Strid, 2014). Lindvall (2011) menar att målstyrningen kännetecknas av prestationsorientering. För vårdcentralen kan detta betyda att de uppfyllt sitt mål när genom att vara tillgänglig för patienten och gett telefonrådgivning av en sjuksköterska. Patienten kanske inte upplever måluppfyllelse förrän denne har fått ett fysiskt eller digitalt besök hos en läkare samma dag. I dagens system kan patienten välja att kontakta olika vårdgivare tills dess att den känner måluppfyllelse.

Ur ett samhällsperspektiv är ovan nämnda inte optimalt, både medicinska och ekonomiska medel går förlorade i onödan. Medicinsk personal, experter inom sitt område, som handlar utifrån ett patientsäkert perspektiv, bör ha befogenheter att kunna hantera ärenden utan att riskera ekonomisk förlust. Inom tidigare studier har man kunnat se både sjukvårdsleverantörer som lyckats uppfylla patientens förväntningar och samtidigt kunnat följa myndigheters



riktlinjer Det har alltså här setts att det inte funnits någon konflikt mellan kvalitet sett ur ett folkhälsoperspektiv och mer tillfredsställda patienter (Anell & Glenngård, 2017). Andra studier har dock påvisat att verksamheter ha behövt göra avvägningar mellan individuella patientens krav och nationella riktlinjer för folkhälsa (Anell & Glenngård, 2017). I denna studie konkluderas med att det är det sistnämnda som är överensstämmande med den praktiska verksamheten inom primärvården Region Skåne. Det finns motsättningar mellan den enskilde patientens krav och vad som myndigheter har satt som måluppfyllelse.

I samband med måluppfyllelsen uppstår en konflikt där ersättningsmodellen utgör den vertikala dimensionen och den nöjda patienten den horisontella. Som tidigare nämnts menar Skog (2018) och Regeringskansliet (2020) att kapitationen, den fasta ersättningen, är ett bra sätt att ha kostnadskontroll då verksamheter i förväg vet vilket ekonomiskt underlag de har till sitt förfogande. Detta stämmer inte i praktiken. När patienten väljer att lista om sig hos en annan aktör förloras kapitationsersättningen. Väljer patienten besöka annan vårdgivare, exempelvis nätläkaren, ökar utflödet av pengar genom en straffavgift. Nätläkaren är ett populärt alternativ för den rörliga patienten som önskar ett snabbt och tillgängligt besök. I dagens system kan patienten välja att kontakta olika vårdgivare tills dess att den känner måluppfyllelse. Anell et al (2012) har påvisat att vårdvalet genererar varierande effekter för befolkning i stort och för enskilda patienter. Regionerna har stor möjlighet att anpassa och reglera sitt ersättningssystem. Det övergripande målet är att skapa en rättvis fördelning av resurserna mellan olika patientgrupper samt att styra öppenvårdsbesöken till primärvården (ibid). Det har framkommit att skånska verksamhetschefer är missnöjda över brist på kostnadskontroll (ibid). Studiens respondenter upplevde att patientens fria val medförde att de inte kunde planera sin verksamhet då budgeten snabbt kunde bli inaktuell.

6.3 Förslag till vidare forskning

Flera av nuvarande målkonflikter i Region Skånes primärvård är kända fenom inom tidigare forskning. Det är vanligt enligt Chenhall (2008) att spänningar uppstår mellan verksamhetsledning och den operativa delen av personalen. Något som verksamhetschefer inom Region Skåne konstaterade att det ibland kunde ske, särskilt när det diskuterades kring vilka mål som skulle prioriteras. VMAS bygger på att samtliga inom systemet är införstådda med hur det fungerar, för att det ska fungera korrekt och rättvist (Pettersen & Solstad, 2015). Mest känt avseende VMAS brister är dock den utbredda manipulationen vad gäller



täckningsgraden, ersättning per besök (Loodin, 2019; Karlsson, 2017). Något som däremot kunde ses stå emot tidigare forskning var att införande av ett horisontellt perspektiv, kundperspektiv, skulle minska “revirtänkandet” bland organisationens enheter (Pettersen och Solstad, 2015). Inom primärvården Skåne verkar snarare “revirtänket” ha ökat med införandet av vårdvalet, ett HMAS tänkt att skapa bättre kvalitet för kunden.

Via respondenterna har det framkommit att Region Skåne kommer införa en ny ersättningsmodell 2021 som bland annat innebär borttagning av täckningsgraden. Respondenterna uppgav även att förändringar inom vårdvalssystemet kommer ske, med ett maxtak på hur många gånger en patient kan lista om sig. En ny studie efter införandet av nytt ersättningssystem vore av värde för att utvärdera om en förändring i HMAS, begränsning i antal omlistningar, minskar konkurrensen och således revirtänket mellan vårdcentralsenheterna. En ytterligare aspekt att studera är motsättningen mellan de ekonomiskt starka vårdcentralerna på landsbygden mot de mer ekonomiskt svaga vårdcentralerna i städerna.



KÄLLFÖRTECKNING

- 1177 Vårdguiden. (2020a). *Välja vårdmottagning*. <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/valja-vardmottagning/> [2020-12-15]
- 1177 Vårdguiden. (2020b). *Högekostnadsskydd för öppenvård*. <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/hogkostnadsskydd-for-oppenvard/> [2021-01-06]
- Almqvist, R., Holmgren Caicedo, M., Johansson, U. & Mårtensson, M. (2012). *Ansvarsfull verksamhetsstyrning*. Malmö: Liber AB.
- Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. Stockholm. SNS Förlag <https://sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/08/vrden-r-vrd-en-bttre-styrning.pdf> [2020-10-08]
- Anell, A., Nylinder, P. & Glenngård H, A. (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Sveriges kommuner och regioner. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7164-826-6.pdf?issuusl=ignore> [2020-10-31]
- Angelis, J., Glenngård, A. H. & Jordahl, H. (2019). [*Management practices and the quality of primary care*](#). Public money & management, 2019-11-22, p.1-8. DOI: 10.1080/09540962.2019.1689636
- Anthony, R. N., Govindarajan, V. , Hartmann, F. G. H., Kraus, K. & Nilsson, G. (2014). *Management control systems*. UK: McGraw Hill Education
- Atkinson, A. A., Kaplan, R. S., Matsumura, E. M. & Young, S. M. (2012). *Management Accounting - Information for decision making and strategy execution*. 6:e uppl. Pearson Education Limited.
- Ax, C., Johansson, C. & Kullvén, H. (2013). *Den nya ekonomistyrningen*. 4:e uppl. Stockholm: Liber AB.
- Braun, V. & Clarke, V. (2014). *What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers?* International journal of qualitative studies on health and well-being. Vol.9 (1), p.26152-26152. DOI: 10.3402/qhw.v9.26152
- Braun, V. och Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology. 2006-01, Vol.3 (2),- p.77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bryman, A. och Bell, E. (2017) *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Tredje upplagan. Malmö. Liber
- Chenhall, R. H. (2008). *Accounting for the horizontal organization: A review essay*. Accounting, organizations and society. Vol. 33 (4), p. 517-550. DOI: 10.1016/j.aos.2007.07.004.



Ellegård, L. M. & Glenngård, A. H. (2019). *Limited consequences of a transition from activity-based financing to budgeting: Four reasons why according to Swedish hospital managers*. *Inquiry* (Chicago). Vol 56, p. 004695801983836-46958019838367. DOI: 10.1177/0046958019838367.

Glenngård Häger, A. & Anell, A. (2017). *Does increased standardisation in health care mean less responsiveness towards individual patients' expectations? A register-based study in Swedish primary care*. *SAGE open medicine*, 2017-04-21, Vol.5, p.2050312117704862-2050312117704862. DOI: 10.1177/2050312117704862

Glenngård Häger, A. (2013a). *Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care*. Lund. Lund University.

Glenngård Häger, A. (2013b). Productivity and patient satisfaction in primary care- Conflicting or compatible goals? i *Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care*. Lund. Lund University, appendix 1

Gummesson, E. (2000). *Qualitative Methods in Management Research*. Andra upplagan. Thousand Oaks. Sage Publications.

Hellman, S., Kastberg, G & Siverbo, S. (2019). *Lean och processer i hälso-och sjukvården*. Lund. Studentlitteratur.

Hellman, S., Kastberg, G. & Siverbo, S. (2015). *Explaining process orientation failure and success in health care - three case studies*. *Journal of health organization and management*. Vol. 29 (6), p. 638-653. DOI: 10.1108/JHOM-09-2013-0186

Hood, C. (1991). *A public management for all seasons?* *Public administration* (London), Vol.69 (1), p.3-19. DOI: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x

Kaltenbrunner Nykvist, M., Bengtsson, L., Mathiassen, S. E., Högberg, H., Engström, M. (2019). *Staff perception of Lean, care-giving, thriving and exhaustion: a longitudinal study in primary care*. *BMC Health Services Research*, 2019, Vol.19 (1). DOI: 10.1186/s12913-019-4502-6

Karlsson, T S. (2017). *New Public Management. Ett nyliberalt 90-talsfenomen?*. Lund. Studentlitteratur.

Kastberg, G. & Siverbo, S. (2013). *The Design and Use of Management Accounting Systems in Process Oriented Health Care - An Explorative Study*. *Financial accountability & management*, 2013-08, Vol.29 (3), p.246-270. DOI: 10.1111/faam.12014

Kastberg, G. & Siverbo, S. (2007). *Activity-based financing of health care—experiences from Sweden*. *The International journal of health planning and management*, 2007, Vol.22 (1), p.25-44. DOI: 10.1002/hpm.868

Knutsson, H., Mattisson, O., Näsi, S., Nyland, K & Skaerbeck, P. (2017). *New Public Management in a Scandinavian Context*. i Lapsley, I och Knutsson H (red). *Modernizing the*



Public Sector. Scandinavian Perspectives. Routledge Critical Studies in Public Management. Routledge. New York. ss.18-33.

Konkurrensverket, 2011. *Lagen om valfrihetssystem – en introduktion.*

<https://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/informationsmaterial/lagen-om-valfrihetssystem--en-introduktion.pdf> [2020-12-15].

Lindgren, P. (2019). *Ersättningen och e-hälsan.* Stockholm. SNS Förlag

<https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/ersattningen-och-e-halsan.pdf> [2020-10-15]

Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer.*

Stockholm. SNS Förlag

Lindvall, J. (2011). *Verksamhetsstyrning - Från traditionell ekonomistyrning till modern verksamhetsstyrning.* 2a uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Linnéuniversitetet (2020). *GDPR för studenter.* <https://lnu.se/ub/skriva-och-referera/Skriva-akademiskt/gdpr-for-studenter/> [2020-11-03]

Loodin, H. (2019). Välfärdskontraktets funktion på en kvasimarknad - exemplet hälso-och sjukvård i Nordgren, L och Hansson, K (red) i *Health Management. Vinst, värde och kvalitet i hälso-och sjukvård.* Stockholm. Sanoma utbildning.

Lunds universitet (2020). *Forskningsportal: Hitta forskare.*

<https://portal.research.lu.se/portal/sv/persons/search.html> [2020-12-19].

McNulty, T. och Ferlie, E. (2004). *Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations.* Organization studies, 2016, Vol.25 (8), p.1389-1412. DOI: 10.1177/0170840604046349

Merriam, S B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod.* Lund. Studentlitteratur AB.

Nowell, L. S, Norris, J. M, White, D. E. & Moules, N. J. (2017). *Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness.* International journal of qualitative methods. Vol.16 (1), p.160940691773384. DOI: 10.1177/1609406917733847

Nuti, S., Vainieri, M. & Vola, F. (2017). *Priorities and targets: supporting target-setting in healthcare.* Public money & management, 2017-06-07, Vol.37 (4), p.277-284. DOI: 10.1080/09540962.2017.1295728

Paulsson, G. (2017). Process orientation and management control in health care organization. i Lapsley I och Knutsson H (red). *Modernizing the Public Sector. Scandinavian Perspectives.* Routledge Critical Studies in Public Management. Routledge. New York. ss.67-79.

Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2015). *Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals.* Journal of health organization and management. Vol. 29 (2), p. 185-199. DOI: 10.1108/JHOM-01-2013-0003.



PrimärvårdsKvalitet. (2020a). *Användning regioner*.

<http://primarvardskvalitet.skl.se/anvandningregioner.136.html> [2020-12-15]

PrimärvårdsKvalitet, (2020b). *Övergripande indikatorer*.

<http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer/overgripandeindikatorer.375.html#>
[2020-12-15]

PrimärvårdsKvalitet. (2020c). *Om primärvårdsKvalitet*.

<http://primarvardskvalitet.skl.se/omprimarvardskvalitet.19.html>. [2020-12-15]

Regeringskansliet (2020). *Statens Offentliga utredningar från Finansdepartementet. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen - Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme. SOU 2017:56*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201756/> [2020-12-05]

Regionfakta (2020). *Skåne län // Geografi // Areal och befolkningstäthet*.

<http://www.regionfakta.com/skane-lan/geografi/areal-och-befolkningstathet/> [2020-09-12]

Region Skåne (2020a). *Så styrs Region Skåne*. <https://www.skane.se/politik-och-demokrati/Sa-styrs-Region-Skane/> [2020-11-08]

Region Skåne (2020b). *Organisation*. <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Organisation/> [2020-12-29]

Region Skåne (2020c). *Primärvården*. <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Organisation/primarvarden/> [2020-12-29]

Region Skåne (2020d). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2020*.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/2020/uppdrag-2020.pdf>.
[2020-12-29]

Region Skåne (2020e). *Verksamhetsplan 2020 - Primärvården Skåne*.

<https://www.skane.se/Public/Protokoll/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdsn%C3%A4mnd/2019-10-24/Internbudget%20och%20verksamhetsplan%202020%20-%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20Sk%C3%A5ne/Verksamhetsplan%202020%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd.pdf> [2020-12-29]

Region Skåne (2020f). *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2020 - med plan för 2021-2022*.

https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/budget2020.pdf
[2020-12-29]

Region Skåne (2020g). *Budget*. <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Ekonomi-och-uppfoljning/Budget> [2020-12-29]

Region Skåne. (2020h). *Indikatorbibliotek 2020*.

<https://kunskapsnavet.inorigo.net/public/verso?id=d57e7c6b-08db-ec9f-16d2-ab2700acb7dc>.
[2020-12-30]

Region Skåne (2020i). *Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne -*



Gällande år 2020. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-vc-2020.pdf> [2020-12-30]

Region Skåne (2019). *Hälsovalets ersättningsmodell 2019 - översikt.*

<https://www.skane.se/Public/Protokoll/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdsn%C3%A4mnd/2019-02-27/Internbudget%20och%20verksamhetsplan%202019%20-%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20Sk%C3%A5ne/H%C3%A4lsovalets%20ers%C3%A4ttningsmodell.pdf> [2020-12-29]

Region Skåne (2018). *Verksamhetsplan och budget med balanserat styrkort 2018. Skånes universitetssjukvård.*

<https://www.skane.se/Public/Protokoll/Sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnd%20SUS/2018-02-09/Verksamhetsplan%202018%20SUS/Verksamhetsplan%20och%20budget%20SUS%202018%20version%20180207.pdf> [2020-09-12]

Skog, J. (2018). *Vårdens styrning – en underlagsrapport.* Sveriges Läkareförbund.

<https://slf.se/app/uploads/2020/04/att-styra-varden.pdf> [2020-09-29]

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.* Stockholm.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf> [2020-10-31]

Socialstyrelsen (2020). *Nationella riktlinjer.* <https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer> [2020-12-15]

Strid, L. (2014). *Kvalitet och resultat. Mål och resultat. Att utveckla mål- och resultatstyrning.* Sveriges Kommuner och regioner.

<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/978-91-7585-116-7.pdf>. [2020-12-29]

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020a). *Ersättningsmodeller i primärvård.*

<https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningsmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodelleriprimarvard.2061.html> [2020-12-15]

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020b). *Kommuner och regioner.*

<https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner.431.html> [2020-10-29]

Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2020c). *Riskjustering för socioekonomi.*

<https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningsmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodelleriprimarvard/riskjusteringforsocioekonomi.28899.html> [2020-12-15]

Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2020d). *Övriga ersättningar.*

<https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningsmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodelleriprimarvard/ovrigaersattningar.28897.html> [2020-12-15]

Sveriges kommuner och regioner (2020e). *Valfrihetssystem inom hälso- och sjukvård.*



<https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodell/halsoochsjukvard.1759.html> [2020-12-15]

Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2020f). *Mål- och resultatstyrning*.

<https://skr.se/demokratiledningstyrning/stodforattstyraochleda/attstyraforresultat/malochresultatstyrning.397.html> [2020-12-29]

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020g). *Så styrs regioner*.

<https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltsjalvstyresastyrskommunenochregionen/sastyrregionerna.1790.html> [2020-10-29]

Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2020h). *Regionernas*

åtaganden. <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/regionernasatagande.27748.html> [2020-10-29]

Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2020i). *Vad är definitionen av primärvård?*

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighetprimarvarden/verksamhetsstodutokaduppfoljningiprimarvarden/fragorochsvaromutokaduppfoljningiprimarvarden/faqallmantomrapportering/vadardefinitionenavprimarvard.31799.html> [2021-01-06]

Sveriges riksdag (2020a). *Kommunallag (2017:725)*

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kommunallag-2017725_sfs-2017-725 [2020-09-15]

Sveriges riksdag (2020b). *Lag (2008:962) om valfrihetssystem*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962 [2020-10-25]

Vårdfokus. (2017). *LEAN gillas i primärvården*. <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/chef-ledare/lean-gillas-i-primarvarden/> [2020-12-15]

Yin, Robert K. (2019). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund. Studentlitteratur.

Zielinski, A., Kronogård, M., Lenhoff, H. & Halling, A. (2009).

Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care BMC public health, 2009-09-18, Vol.9 (1), p.347-347. DOI: 10.1186/1471-2458-9-347

Ödesjö, H., Anell, A., Boman, A., Fastbom, J., Franzén, S., Thorn, J. & Björck, S. (2017).

Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study.

Scandinavian journal of primary health care, 2017. Vol. 35, no 3, 271–278. DOI:

<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1358434>



BILAGOR

Bilaga 1 – Intervjuguide

1. Hur ser ert upptagningsområde ut? Är det många konkurrenter? Är flertalet av de boende i området listade hos er eller hos annan vårdgivare?
2. Kan du beskriva er aktuella ersättningsmodell?
3. Anser du att ersättningsmodell fungerar bra för att på ett rättvist sätt fördela resurser inom primärvården?
4. Tycker du att ersättningsystemet stödjer er verksamhet så att ni har möjlighet att uppnå era budgetmål?
5. Upplever du att det kan bli motsättningar mellan att hålla verksamheten inom budgetramen och samtidigt uppfylla kvalitet?
6. Har ni andra mål, förutom budgetmålet, som ska uppnås?
7. Är patientens fria val en fördel eller nackdel utifrån befintliga ersättningsmodeller?
8. Hur påverkar aktuell ersättningsmodell ert arbetssätt, t ex ifråga om val av kontakt- eller behandlingsform? Bidrar alla resurspersoner till processarbetet, så att det uppnås på bästa vis?
9. Finns olika modeller för att styra processverksamheter, t ex BSC, LEAN, värdebaserad vård. Är det något ni använder er av?



Bilaga 2 - Begrepp

ACG: Adjusted Clinical Groups, patienten klassificeras utifrån ålder, kön och tidigare diagnoser.

CNI: Care Need Index, mått som anger socioekonomiska faktorer såsom ålder, andel utlandsfödda, arbetslöshet och utbildningsnivå

Horisontellt ledningssystem (HMAS): Värdekedjeperspektiv, fokus på att skapa värde för kunden.

Kapitation: Fast ersättning per listad patient. Ersättningen grundar sig i olika karaktäristika hos befolkningen.

LOV: Lag om valfrihetssystem. Reglerar kommuner och regioners vårdval, rätten för patienter och brukare att välja vårdgivare. Lagen definierar vårdkrav för privata aktörer som vill delta på marknaden.

Målrelaterad ersättning/Pay for performance: Rörlig ersättning, eller avgift, utifrån måluppfyllelse. Ofta kvalitativa mål som mäts genom olika indikatorer. Täckningsgrad är en del av denna ersättningsform.

NPM: New Public Management, teori som syftar till att offentlig verksamhet ska styras likt vinstdrivande företag. Genomslag i svensk offentlig sektor under 1990-talet.

Primärvård: En del av öppenvården i Sverige. Ansvarar för medborgarnas grundläggande medicinska behandling och omvårdnad som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Vårdcentraler bedriver nästan helt uteslutande primärvård.

Processtyrt arbetssätt: Arbeta utifrån perspektivet att skapa värde för kunden/patienten genom att eliminera icke värdeskapande aktiviteter.

Tillitsbaserad styrning: Decentraliserat arbetssätt med fokus på samverkan, medborgarens behov och verksamhetens övergripande syfte.

Täckningsgrad (TG): Medför tillägg eller avdrag på ersättning för listad patient, beräknat utifrån hur stor andel besök som patienten gör i primärvården utav sina totala besök i öppenvården.

Vertikalt ledningssystem (VMAS): Hierarkisk ansvarsfördelning, återrapportering av utfall och avvikelser uppåt i organisationen.

Åtgärdsbaserad ersättning: Rörlig, prestationsinriktad, ersättning per utförd åtgärd, enligt prislista, eller besök.



Öppen vård: All vård som kan utföras utan inläggning på sjukhus. Kan ges både på vårdcentraler eller av specialistläkare på sjukhus eller annan enhet.