

Ersättningssystemet i primärvården

- Morot eller piska?

Mika Grujic

Ida Tham

Civilekonomuppsats 30 hp

Höstterminen 2009

Handledare: Roland Almqvist

English title: Reimbursement mechanisms in the primary health care

Företagsekonomiska institutionen



**Stockholms
universitet**

Förord

Vi vill framföra ett varmt tack till vår handledare Roland Almqvist och vår ”bonushandledare”
Olle Högberg för deras stora engagemang och alla goda råd.

Vi vill också rikta ett stort tack till alla våra respondenter som har gett av sin tid och bemött oss
med mycken vänlighet.

Slutligen vill vi också tacka våra opponenter och alla de som på olika sätt har hjälpt oss med
information och kontakter.

Stockholm, januari 2010

Mika Grujcic

Ida Tham

Sammanfattning

Den 1 januari 2008 fick primärvården i Stockholms läns landsting ett nytt ersättningssystem i och med införandet av Vårdval Stockholm. Ersättningssystemet har kritiserats av bland annat läkare och opposition för att leda till en orättvis fördelning av resurser och alltför stort fokus på ekonomi. Med utgångspunkt i agentteorin och teorin om *prat, beslut och handling* undersöker denna uppsats inställningen till ersättningssystemet, och styrning med ersättningssystem, bland tre aktörer som på olika sätt påverkar eller påverkas av ersättningssystemet: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Intervjuer med politiska tjänstemän från både majoriteten och oppositionen, en tjänsteman från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och en tjänsteman på avdelningen för vårdinformatik, samt ett flertal verksamhetschefer för vårdcentraler i Stockholms läns landsting har genomförts. Utöver dessa har även en enkät skickats ut till samtliga verksamhetschefer i Stockholms läns landsting.

Uppsatsen finner att betydande skillnader i inställningen till ersättningssystemet föreligger, främst mellan politiker och verksamhetschefer med avseende på vilka mål som är viktigast och huruvida dessa mål uppnås med det nuvarande ersättningssystemet. Avseende ersättningssystemet som styrmedel observeras större fokus på ekonomiska incitament bland de politiska aktörerna än bland tjänstemän och verksamhetschefer.

Nyckelord: ersättningssystem, styrning, hälso- och sjukvård, offentlig styrning, målkonflikter

Abstract

As the patient choice model, called Vårdval Stockholm, was adopted in January 1st 2008, a new reimbursement system was introduced to the primary health care in the County Council of Stockholm. The reimbursement system has been criticized by doctors and political opposition, among others, for leading towards an unfair allocation of resources and putting too much focus on the economy. With the principal-agent theory and the theory of *speech, decision and action* as starting-points, this paper looks into three parties that all somehow are involved in the reimbursement system; politicians, functionaries and directors of the primary health care departments, and their attitudes towards the reimbursement system overall and in terms of management control. Interviews have been performed with politicians, from the political majority and opposition, one functionary at the Health Care Committee Administration and one at the Department for care informatics, along with several directors of primary health care departments. In addition to these, a survey has been sent to all directors of the primary health care departments in the County Council of Stockholm.

The paper observes significant differences of attitudes, mainly between politicians and the directors of the primary health care departments, in regard to which goals that are most important and whether or not they are fulfilled.

Keywords: reimbursement systems, healthcare, public sector management, goal conflicts

Förkortningar

ACG = Adjusted Clinical Groups

CNI = Care Need Index

DRG = Diagnose Related Groups

HSN = Hälsa- och sjukvårdsnämnden

HSNf = Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning

NPM = New Public Management

PPA = Progressive Public Administration

SKL = Sveriges kommuner och landsting

SLL = Stockholms läns landsting

VVS = Vårdval Stockholm

Innehållsförteckning

KAPITEL ETT	2
1.1 Problembakgrund.....	2
1.2 Problemdiskussion	4
1.3 Övergripande forskningsfrågor.....	5
1.4 Syfte	6
1.5 Avgränsningar	6
KAPITEL TVÅ.....	7
2. Metod	7
2.1 Vetenskapligt angreppssätt.....	7
2.1.1 Positivism och hermeneutik	7
2.1.2 Induktiv, deduktiv och abduktiv metod	8
2.1.3 Explorativ undersökningsmetod	8
2.1.4 Kvalitativ och kvantitativ ansats.....	9
2.1.5 Datainsamling.....	10
2.2 Urval	11
2.3 Källkritik och kritik av den egna metoden	11
2.4 Forskningsetiska aspekter	12
KAPITEL TRE	13
3. Teori	13
3.1 Tidigare forskning.....	13
3.2 Principal- och agentteorin.....	14
3.3 Prat, beslut och handling	15
3.4 Analysmodell	16
KAPITEL FYRA	19
4.1 Stockholms läns landstings organisation.....	19
4.1.1 Politisk organisation.....	19
4.1.2 Förvaltningsorganisationen.....	19

Stockholm University School of Business

106 91 Stockholm

Telephone: +46 (0)8 16 20 00

www.fek.su.se

Företagsekonomiska institutionen



Stockholms
universitet

4.1.3 Utförarorganisationen	19
4.2 Ersättningssystem	20
4.2.1 Ersättningssystemet som styrmedel	20
4.2.2 Utformandet	21
4.2.3 Ersättningsprinciper inom primärvården	23
4.2.4 Ersättningssystemet i Stockholms Läns Landsting	23
KAPITEL FEM	25
5. Empiri.....	25
5.1 Sammanställning av intervjuer.....	25
5.2 Sammanställning av enkäter.....	31
KAPITEL SEX	35
6. Analys	35
KAPITEL SJU	41
7.1 Slutsatser.....	41
7.2 Förslag till fortsatt forskning	43
KAPITEL ÅTTA	44
8. Referenser	44
Bilagor	48
Bilaga 1 – Enkät	48
Bilaga 2 – Enkätvarssammanställning	52
Bilaga 3 – Intervjuteman	54
Bilaga 4 – SLL:s politiska organisation	56

KAPITEL ETT

I det här kapitlet beskrivs hur de senaste decenniernas förändringar i den offentliga sektorn, har lett fram till behovet av ersättningssystem i hälso- och sjukvården. Tre av de aktörer som på olika sätt påverkar och påverkas av ersättningssystemet diskuteras och kapitlet mynnar ut i frågeställningar och syfte med studien.

1.1 Problembakgrund

”If you want to send a message to a doctor, write it on a cheque!”, kommenterade socialminister Göran Hägglund överförskrivningen av antibiotika i en intervju i Dagens Nyheter i maj i år, och syftade därmed på styrning av vårdverksamheten med hjälp av ekonomiska incitament. Ekonomiska incitament är också en viktig del i det nya ersättningssystem som infördes i Stockholms läns landsting den 1 januari 2008, i och med introduktionen av Vårdval Stockholm. Med hjälp av ersättningssystemet kan politikerna styra vårdcentralerna i önskad riktning oavsett om det finns en enighet kring målen eller ej.

Under 1980-talet genomgick den offentliga sektorn ett skift från Progressive Public Administration (PPA) till New Public Management (NPM). En av de främsta doktrinerna under PPA var att den offentliga sektorn skulle hållas åtskild från den privata, i form av bland annat utformning och tankesätt. I och med övergången till NPM blev grundtanken istället att utjämna skillnaderna mellan den offentliga och privata sektorn. De bärande tankarna i NPM är konkurrens, både mellan offentliga organisationer och mellan offentliga och privata, ökad användning av styrinstrument som redan är förankrade inom privata sektorn, större fokus på kostnadsmedvetenhet och resultat, tydligare styrning och ansvarsdelegering, introduktion av mer mätbara mål samt att de offentliga organisationerna ska delas upp i mindre organisationer, vilket gör det lättare att styra och dela ut ersättningar (Hood, 1995). Trenden har gått från anslagsbaserad budgetstyrning med fokus på *input* eller resurser, mot mer prestations- och målfokuserad styrning med fokus på *output* och vad verksamheten ska åstadkomma (Almqvist, 2006).

Även i hälso- och sjukvårdssektorn har dessa tankar fått tydligt genomslag, bland annat genom införandet av beställar-utförarmodellen, som var ett sätt att införa konkurrens i den offentliga sektorn och att förändra den politiska styrningen mot mer outputfokuserad styrning (Siverbo, 2004). Beställar-utförarmodellen innebar att så kallade kvasimarknader skapades. En kvasimarknad är en marknad som har skapats genom politiska beslut och den skiljer sig från en reell marknad både på utbuds- och efterfrågesidan (Bartlett & Le Grand, 1993). Utbudssidan utgörs visserligen av

vårdcentraler som konkurrerar med varandra om kunder, men alla dessa vårdcentraler är inte ute efter vinstmaximering, som är ett vanligt antagande om företag på en konventionell marknad, alla är inte heller i privat ägo. I Stockholms läns landsting är drygt hälften av vårdcentralerna i privat ägo.* På efterfrågesidan är skillnader till exempel att den omedelbara konsumenten av varan, det vill säga patienten, inte alltid är den som bestämmer om varan ska köpas eller av vem. Detta beslut fattas ofta, i fallet med sjukvården, av vårdcentralen eller förvaltningen (Bartlett & Le Grand, 1993). Varorna och tjänsterna på en kvasimarknad är dessutom ofta subventionerade och priset på varorna och tjänsterna sätts på politisk nivå och inte av dem som tillhandahåller varan eller tjänsten (Bartlett & Le Grand, 1993). Till exempel är det politikerna som bestämmer hur hög patientavgiften för ett besök på vårdcentralen skall vara.

Fram till början av 1990-talet såg organiseringen av hälso- och sjukvården ungefär likadan ut i alla landsting (Forsberg, Axelsson & Arnetz, 2000). Landstinget stod som både finansör och utförare av all vård i Sverige. Beställar-utförarmodellen bygger istället på en separering av dessa funktioner. Brunsson (1986, 2002) beskriver detta som en organisatorisk frikoppling där politiker ägnar sig åt *prat* och *beslut* medan tjänstemännen och vårdverksamheten ägnar sig åt *handling*. I och med denna indelning blev också politikernas roll som medborgarnas företrädare tydligare då deras producentintresse försvann. Eftersom politiker inte längre finns representerade i styrelserna för sjukhus och vårdcentraler, har det vuxit fram ett behov för andra sätt att styra utförarnas verksamhet mot de politiska målen (Gerdtham, 1999).

Ett av de viktigaste instrumenten som landstingen kan använda sig av för att styra utförarna, är olika ersättningssystem. Ett ersättningssystem är den modell, utifrån vilken landstinget ersätter vårdgivarna. Detta består ofta av en kombination mellan fast, rörlig och målrelaterad ersättning i olika proportioner. Ersättningssystemen är ofta konstruerade för att stimulera önskat beteende hos utförarna, och hur de utformas varierar mellan landstingen och över tiden (Calltorp, 2007).

När Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008, fick Stockholms läns landsting också ett nytt ersättningssystem. Den borgerliga alliansen hade som främsta mål att öka tillgängligheten till vården, och konstruerade därför ett ersättningssystem med en, relativt andra landsting, stor rörlig del, med syfte att stimulera vårdcentralerna att ta emot fler patienter (Anell, 2009). Den rörliga ersättningen utgår per patientbesök och vårdcentralen kan alltså öka sina intäkter genom att ta emot många patienter.

Beslutet om hur ersättningssystemet ska utformas fattas på politisk nivå i landstinget. Politikerna ger sedan tjänstemännen i förvaltningen i uppdrag att utforma ett ersättningssystem utifrån de politiska direktiven och önskemålen.† Detta ersättningssystem styr sedan hur vårdverksamheten lägger upp sin verksamhet.

* Intervju med två politiska tjänstemän på HSN, 2009-10-27.

† För en noggrannare genomgång av SLL:s organisationsstruktur, se Bilaga 4

1.2 Problemdiskussion

Ersättningssystemen i hälso- och sjukvården förändras ständigt, och hur de utformas påverkas bland annat av yttre faktorer som rådande samhällstrender och politisk majoritet, men även av sådant som tekniska framsteg och nya mätmetoder (Jacobsson, 2007).

Ersättningssystemet är politikernas viktigaste styrmedel. Det utformas för att styra vårdverksamheten mot de politiska målen, och beroende på vilka mål som premieras, kan modellen variera. Även om det finns mycket forskat kring konsekvenser av olika varianter av ersättningssystem, är det svårt att förutse hur ett ersättningssystem kommer att fungera i praktiken (Jacobsson, 2007). Verkligheten följer inte alltid modellen. Det kan visa sig att ersättningssystemet inte fungerar som det var tänkt, det vill säga att det inte uppfyller de uppsatta målen. Det kan också inträffa att ett ersättningssystem visserligen uppfyller målen, men att det även leder till oönskade bieffekter, eller att alla aktörer inte är överens om vilka mål som är viktigast.

För den nuvarande politiska majoriteten i Stockholms läns landsting är det viktigaste målet att förbättra patienternas tillgänglighet till vården. Dålig tillgänglighet till primärvården leder till att många patienter istället vänder sig direkt till sjukhusen för att få vård, vilket blir kostsamt för landstinget (Rae, 2005). Det nuvarande ersättningssystemet som ger lika mycket ersättning för alla besök, oavsett besökets längd, är tänkt att främja produktiviteten, mätt i antal besök. Det ekonomiska incitamentet att ta emot ett stort antal patienter för korta besök är alltså tydligt; ju fler patienter en vårdcentral tar emot desto större blir ersättningen. Det har också visat sig att tillgängligheten, mätt i antal besök, har ökat med det nya systemet. Dock har detta system kritiserats för att missgynna vårdcentraler i områden med låg socioekonomisk status, där besöken ofta tar längre tid på grund av bland annat språkförbistringar och fler multisjuka patienter (se till exempel Läkartidningen 2009-07-07, SvD Brännpunkt 2008-03-09 eller 2008-06-30).

Flera olika aktörer är, på ett eller annat sätt, involverade i ersättningssystemet: politiker, tjänstemän och vårdverksamhet. Dessa kan ha olika viljor och mål. Ett mål för politikerna är naturligtvis att bli omvalda, och för detta krävs att medborgarna är nöjda med det utförda arbetet, och att landstinget har legitimitet hos medborgarna. Det är också rimligt att anta att politiker har valt den politiska banan för att de vill förändra och förbättra samhället. Landstingspolitikerna ansvarar för landstingets ekonomi och ett annat mål för dem är att uppnå kostnadskontroll och att tillse att skattemedlen används på ett så effektivt sätt som möjligt, det vill säga att vi får mesta möjliga, och bästa möjliga, vård för varje betald skattekrona. Politikerna måste hela tiden förhålla sig till medborgarna. Dock finns ett förväntningsgap mellan medborgare och politiker, där medborgarna har större förväntningar och kräver mer än vad politiker anser vara befogat (Rosén & Karlberg,

2002). Den politiska organisationen ägnar sig åt *prat* och *beslut* och legitimerar sig genom det politiska priset (Brunsson, 1986).

Tjänstemännen i Hälso- och sjukvårdens förvaltning är de som utformar ersättningssystemet, och utför därmed det som Brunsson (1986) benämner *handling*. Deras uppgift är att utforma ett system som både tar hänsyn till politikernas direktiv och önskemål, och som fungerar i praktiken ute i verksamheten. Ett mål för denna aktör kan till exempel vara att utforma ett ersättningssystem som har så få oönskade bieffekter som möjligt.

Målen för verksamheten kan vara flera och varierar beroende av om vårdcentralen drivs i privat eller offentlig regi. En privat vårdcentral kan tänkas vilja maximera sin vinst, medan det för en offentligt driven vårdcentral räcker att driva en verksamhet som går runt. Samtidigt kan både de offentligt och privat drivna vårdcentralerna tänkas vilja maximera sina intäkter. Ett annat viktigt mål för vårdverksamheten är att ge god vård åt sina patienter.

Ersättningssystemet styr verksamheten mot de politiska målen, men det är inte säkert att verksamhetens mål stämmer överens, eller är förenliga, med de politiska målen. Brunsson (1986) beskriver att den organisatoriska frikopplingen mellan politik och handling syftar till att möjliggöra legitimitet för landstinget som organisation även om det råder inkonsistens mellan de politiska besluten och målen, och den faktiska handling som vårdverksamheten, tillsammans med tjänstemännen, står för.

För att skapa ett så effektivt ersättningssystem som möjligt, är det viktigt att hitta incitament som överensstämmer med de mål och värderingar som finns inom vårdverksamheten. På så sätt kan prestationerna påverkas i större utsträckning (Custers, Hurley, Klazinga & Brown, 2008).

En fråga som väcks är huruvida dessa olika mål och intressen kan leda till att ersättningssystemets funktion påverkas. I andra länder har läkare varit missnöjda då ersättningssystemen lett till att de känt en ökad press att ta emot fler patienter per dag (Grumbach, Osmond, Vranzian, Jaffe & Bindman, 1998), något som även upplevts inom den svenska primärvården. En annan intressant fråga är även *vad* meningsskiljaktigheterna mellan de olika parterna omfattas av.

1.3 Övergripande forskningsfrågor

Vi vill undersöka relationen mellan de aktörer som *påverkar* ersättningssystemets utformande, det vill säga politiker och tjänstemän, och den aktör som *påverkas av* ersättningssystemets utformande, det vill säga vårdverksamheten. För detta ändamål har vi arbetat utifrån följande forskningsfrågor:

- Hur ser respektive aktör på ersättningssystemet som styrmedel?

- Vad har de olika aktörerna för inställning till det nuvarande ersättningssystemet?
- Vilka mål anser respektive aktör vara de viktigaste att uppnå för hälso- och sjukvården, och i vilken utsträckning anser de att det nuvarande ersättningssystemet bidrar till att dessa mål nås?

1.4 Syfte

Syftet med denna uppsats är att bidra med ökad förståelse kring Stockholms läns landstings ersättningssystem i primärvården, dess utformning och de målkonflikter som kan uppstå mellan de olika aktörerna politiker, tjänstemän och verksamheten. Vi vill, genom att jämföra de olika aktörernas syn på ett välutformat ersättningssystem, belysa de rådande skillnaderna och vad dessa grundar sig i.

1.5 Avgränsningar

Denna uppsats kommer att inrikta sig på ersättningssystemet inom primärvården i Stockholms läns landsting. Undersökningen avgränsas till att omfatta endast Stockholms län, eftersom ersättningssystemen skiljer sig mycket åt mellan landstingen och det därmed blir svårare att genomföra en djupare studie på nationellt plan. Vi har valt att begränsa oss till primärvården eftersom det var denna del av hälso- och sjukvårdssektorn som den 1 januari 2008 fick ett helt nytt ersättningssystem i och med införandet av Vårdval Stockholm. Uppsatsen kommer inte heller att ta upp medborgarnas eller patienternas perspektiv då detta skulle bli allt för omfattande, och även på grund av att denna grupp kan antas sakna kunskap om vad ett ersättningssystem är och hur det fungerar.

KAPITEL TVÅ

2. Metod *

En studies resultat påverkas av de metoder som forskaren använder. Det är därför viktigt att redogöra för vilken metod som har använts, för att ge läsaren möjligheten att bilda sig en egen uppfattning, om resultaten och dess tillförlitlighet. Syftet med det här kapitlet, är alltså att klargöra för läsaren vilken metodologi, som har använts för den här studien.

2.1 Vetenskapligt angreppssätt

De två vetenskapliga angreppssätt, som är dominerande inom den samhällsvetenskapliga forskningen är positivismen och hermeneutiken. Forskarnas metodval präglas ofta av något av dessa förhållningssätt (Patel & Davidson, 1994). Denna uppsats tar sin utgångspunkt i det hermeneutiska angreppssättet.

2.1.1 Positivism och hermeneutik

Det positivistiska angreppssättet anses vara empiristiskt i det hänseendet att vetenskaplig kunskap anses vara sådan som kan bevisas genom empiriska test. Positivisterna är således mer intresserade av att studera och förklara mänskligt beteende, än att tolka och förstå det. Positivisterna argumenterar för att det finns en sanning och objektiv kunskap som bör tolkas likadant av alla forskare. De strävar även efter att finna bättre förklaringar och beskrivningar av verkligheten, och resultaten bör vara generellt applicerbara och oberoende av tid och rum (Lundahl & Skärvad, 1992). En annan tanke, som är karaktäristisk för detta synsätt, är att påståenden endast är betydelsefulla, om de kan styrkas genom observation (Ryan, Scapens & Thebold, 2002).

Det hermeneutiska angreppssättet är mindre faktaorienterat än det positivistiska. En hermeneutisk forskare försöker få en djupare förståelse för ett specifikt fenomen. För att kunna uppnå detta, måste forskaren försöka förstå andra människor, och hur de definierar sin värld, sina erfarenheter och upplevelser (Patel & Tibelius, 1987). För denna uppsats lämpar sig det hermeneutiska angreppssättet bäst, eftersom vår undersökning av skillnader i förhållningssätt och inställning till

* Avsnitt 2.1 är en bearbetning av vårt metodkapitel som skrevs i kursen "Forskningsmetoder i redovisning och finansiering" (Grujčić & Gundel, 2009)

ersättningssystemet (målkonflikter) mellan politiker, tjänstemän och verksamhet i den offentliga sektorn, inte kommer att leda fram till en absolut sanning och ett generaliserbart resultat. Resultatet kommer istället att bygga på tolkningar, som vi och våra intervjuobjekt gör. Det viktiga är att skapa en ökad förståelse i frågan, inte att dra några generella slutsatser, vilket skulle lämpa sig mer vid ett positivistiskt synsätt. Vi tror även, att vi bäst förstår ett visst fenomen, genom att undersöka det på djupet, snarare än på bredden. I detta fall, genom att gå in på djupet i frågan hur diskussionen förs kring ersättningssystemet och tolka empirin utifrån ett helhetsperspektiv. Om vi istället valt ett positivistiskt angreppssätt, hade detta inneburit en generalisering av data, vilket inte hade varit möjligt i vårt fall och ej heller bidragit till att uppfylla studiens syfte.

Denna djupare förståelse antyder att det förekommer en hel del tolkning, när forskaren analyserar insamlad data, och på grund av detta kan forskarens attityd gentemot ett visst fenomen, bli en betydande faktor för resultatet av studien (Lundahl & Skärvad, 1992).

2.1.2 Induktiv, deduktiv och abduktiv metod

Forskaren strävar efter att producera teorier, som ska ge så bra kunskap om verkligheten som möjligt. Underlaget för dessa studier är empirin, och ett av problemen är hur teorin och empirin ska relateras till varandra. Två grundbegrepp inom teoriproduktionen, som var och en representerar alternativa arbetssätt, är induktion och deduktion (Patel & Davidsson, 1994).

Den induktiva ansatsen utgår från den empiri som samlats in, och formar därefter en teori, medan den deduktiva ansatsen istället har teorin som utgångspunkt och samlar in empiri för att verifiera eller falsifiera teorin. Det kan dock finnas svagheter med båda dessa ansatser. Med den induktiva ansatsen löper forskaren en risk att från enskilda delar skapa allmänna sanningar, medan den deduktiva ansatsen å andra sidan kan leda till att generella regler används för att förklara ett visst enskilt fall (Alvesson & Sköldberg, 1994). Vi lägger i denna uppsats stor vikt vid både empiri och teori, och använder oss därmed av en *abduktiv* ansats, som är en blandning av induktiv och deduktiv ansats (Alvesson & Sköldberg, 1994). För att uppnå syftet med uppsatsen, har vi gjort tolkningar baserat på den enkätundersökning och de intervjuer som genomförts, men även återgått till de valda teorierna, vilket är karaktäristiskt för abduktion. Den skiljer sig även från de två andra ansatserna, då den inbegriper förståelse (Alvesson & Sköldberg, 1994), vilket är viktigt i vår uppsats.

2.1.3 Explorativ undersökningsmetod

Det finns en mängd olika sätt att utföra en undersökning. Tre vanliga sätt är *explorativ*, *deskriptiv* eller *hypotesprövande*. Explorativ ansats lämpar sig när förkunskapen och förförståelsen för det undersökta området är begränsad, medan en deskriptiv ansats är lämplig när det redan finns en del

kunskap om det undersökta området. Hypotesprövande undersökningar kan lämpa sig när kunskapsmängden är omfattande och en del teorier har utvecklats (Patel & Davidsson, 1994). Eftersom förkunskaperna om relationerna mellan politiker, tjänstemän och vårdverksamheten i Stockholms läns landsting är bristfälliga och inte tidigare undersökta, och teoribildning saknas; har vi valt att använda oss av en explorativ ansats. Syftet med en explorativ undersökning är att samla in en stor mängd information om det valda forskningsområdet för att kunna belysa problemområdet på ett allsidigt vis (Patel & Davidsson, 1994).

Det är vanligt att flera olika datainsamlingsmetoder används vid en explorativ undersökning och i linje med det kommer vi att använda oss av både intervjuer och enkäter (Patel & Davidsson, 1994). Med en explorativ ansats ges även möjlighet till flexibilitet i tillvägagångssättet. Som en följd av att kunskapen och förståelsen ökar kan förändringar i syfte och frågeställningar göras.

2.1.4 Kvalitativ och kvantitativ ansats

Kvalitativ och kvantitativ ansats, är olika metoder för att samla in information. Kvalitativ forskning försöker ge svar på frågor som ”hur” och ”varför”. Fokus ligger på icke-kvantifierbar data så som ord, värderingar, känslor och attityder.

Kvalitativ ansats lämpar sig bäst för den hermeneutiska forskaren, då denna möjliggör förståendet av en holistisk bild av det undersökta fenomenet (Rudestam & Newton, 1992). I den genomförda undersökningen tillämpas en kvalitativ metod genom användandet av intervjuer, detta eftersom det hjälper oss uppfylla syftet med vår undersökning, vilket är att skapa förståelse och besvara frågor så som ”hur” och ”varför”. Som ett komplement till detta har vi också till viss del använt oss av kvantitativ metod i form av den enkät som skickats ut. Dock har den kvalitativa ansatsen bibehållits, då även enkätsvaren har tolkats utifrån studieobjektens perspektiv (Alvesson & Sköldberg, 1994). Genom den kvalitativa ansatsen hoppas vi därmed att i denna studie kunna ge en så tydlig bild som möjligt.

Kvantitativ forskning lägger istället fokus på kvantifierbar data och frågor som ”hur många” och ”vilka av följande”. Kvantitativa metoder förknippas ofta med positivistiska studier, då kvantitativ data lättare uppfyller kravet på objektivitet. Kvantitativ forskning tenderar att vara deduktiv (Rudestam & Newton, 1992). Detta då den utgår från insamling av mätbar data, där en deduktiv metod lämpar sig, för att testa befintliga teorier mot insamlad data för att se om den håller eller ej. En kvalitativ ansats ger undersökningen den flexibilitet och de data som krävs för att kunna gå in på djupet och tolka resultaten för att skapa ökad förståelse. En kvantitativ ansats hade istället resulterat i hårddata, vilket hade varit användbart för generalisering av problemet, samt till att finna ett orsak-verkan-samband. Detta har dock ingen direkt nytta i vårt arbete, där fokus istället ligger på tolkning (Bryman, 2002).

2.1.5 Datainsamling

Primärdata i den här uppsatsen utgörs av material som samlats in genom sammanlagt nio stycken semistrukturerade intervjuer och en enkät. Tre stycken intervjuer med fyra hälso- och sjukvårdsansvariga politiska tjänstemän i Stockholms läns landsting har genomförts. Tre av de intervjuade personerna jobbar för Alliansen och en person är representant för oppositionen. Vidare har två tjänstemän som arbetar med ersättningssystemet intervjuats. En av dessa arbetar på HSNf och en arbetar på Avdelningen för vårdinformatik. Slutligen har intervjuer med fyra verksamhetschefer på vårdcentraler genomförts. För att ytterligare fördjupa förståelsen för uppsatsämnet har vi även skickat ut en enkät till cirka 150 verksamhetschefer på vårdcentraler i Stockholms län. En vecka senare skickades en påminnelse ut till de respondenter som inte svarat. Enkäten har skickats via e-post och har således varit konfidentiell, men inte anonym (Patel & Davidson, 1994). Detta innebär att vi har kunnat se vem som besvarat enkäten. Informationen har dock endast används vid bearbetning av enkätdata, och för att kunna skicka påminnelser till dem som inte svarat. För att förbättra enkätens kvalitet och för att minska antalet missuppfattningar och svårförstådda frågor, har en pilotenkät skickats ut till en liten grupp respondenter. Med utgångspunkt i de kommentarer som kom in, justerades sedan enkätens utformning inför utskicket till övriga verksamhetschefer. Enkätutskicket genererade fyrtioen svar vilket innebär en svarsfrekvens på 27 %.

Intervjuer delas ofta in i olika typer; strukturerade, semistrukturerade, ostrukturerade och dialog. Strukturerade intervjuer innebär att samma frågor ställs till alla intervjuobjekt, vilket kräver att forskaren är väl insatt i ämnet och vet vilken typ av information som eftersöks. Strukturerade intervjuer ger underlag för jämförelser.

Ostrukturerade intervjuer är mer flexibla och tillåter forskaren att anpassa intervjun efter omständigheter vid intervjutillfället, medan semistrukturerade intervjuer på ett övergripande plan är strukturerade samtidigt som de ger möjlighet att ställa följdfrågor och komma in på sidospår (Saunders, Lewis & Thornhill, 2007).

Vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer eftersom dessa ger oss möjlighet att både få svar på de frågor, och diskutera de teman som vi förberett, och att samtidigt behålla friheten att i viss utsträckning låta intervjuobjekten ta upp sådant som de tycker är särskilt intressant. Eftersom vårt mål är att analysera ett problem utifrån flera olika aktörers perspektiv, är det viktigt för vår studie att de olika intervjuerna har behandlat samma ämnen, men också att vi har haft möjlighet att ställa frågor specifika för en viss aktör, varför vi tror att semistrukturerade intervjuer har varit ett bra stöd för oss att nå det målet.

Intervjuerna har spelats in och sedan sammanfattats i skrift. Vissa delar som har upplevts som extra intressanta har transkriberats, och genomlysningar har skett löpande för att undvika fel- och omtolkningar.

2.2 Urval

Intervjupersonerna har valts ut genom ett icke-slumpässigt urval. Detta innebär att vi medvetet valt ut just dessa personer. Ett icke-slumpmässigt urval lämpar sig bra vid undersökningar som ska belysa attityder kring specifika frågor, då det rimligt att inkludera personer som är insatta i frågeställningen (Dahmström, 2005). För denna uppsats har detta varit nödvändigt, då syftet varit att tala med ansvariga för ersättningssystemet och med personer som är insatta i dess funktion. Vi har även använt oss av snöbollsurval, det vill säga att personer vi kontaktar har berättat vilka andra personer som kan vara relevanta att tala med (Dahmström, 2005). Detta har varit gynnsamt då många av dem vi kontaktat har varit upptagna och då istället hänvisat till andra relevanta personer. Även enkätrespondenterna har valts ut genom ett icke-slumpmässigt urval. Enkäten har skickats till samtliga verksamhetschefer på vårdcentraler i Stockholms läns landsting.

2.3 Källkritik och kritik av den egna metoden

Det kan finnas en risk att våra värderingar återspeglas i de frågor som ställts under intervjuerna, då dessa har varit semistrukturerade och därmed tillåtit följdfrågor och sidospår. Intervjuerna har spelats in, lyssnats igenom flera gånger under skrivandets gång, och sammanfattats för att minska risken för feltolkningar.

Då enkäterna skickats ut via e-post, är det möjligt att respondenterna missförstått eller inte besvarat vissa frågor. Ett antal personer har agerat testpiloter och kommit med synpunkter på enkäten innan den skickats ut, men det skulle ha varit önskvärt med fler testpiloter för att ytterligare säkerställa kvaliteten på frågorna och minska risken för missförstånd.

Andelen användbara svar har varit relativt låg, dels på grund av att en andel enkäter har kommit i retur till följd av fel adress, dels har en grupp respondenter missat att bifoga enkäten i svaret.

Det finns en risk att de verksamhetschefer som har valt att svara på enkäten, är de som har en stark åsikt i frågan, och att de resultat vi har fått fram inte skulle bli det samma om svarsfrekvensen vore högre. Vi har därför valt att tolka enkätresultaten med försiktighet, men ändå valt att inkludera dem då de tillför studien en viktig bredd och fungerar som ett komplement till intervjuerna.

Då en del av syftet med studien är att belysa de olika åsikter, antaganden och meningsskiljaktigheter som kan finnas mellan aktörerna, har det inte varit nödvändigt för oss att

förhålla oss kritiska till den information vi har fått i intervjuerna. Denna information har inte använts som fakta, utan för att belysa olika uppfattningar om den rådande situationen.

2.4 Forskningsetiska aspekter

Alla respondenter har blivit informerade om syftet med uppsatsen, och hur den information som framkommit under intervjuerna ska användas, och samtliga har gett sitt samtycke till detta.

Eftersom ett flertal av respondenterna har uttryckt önskemål om anonymitet, har vi valt att inte namnge någon av respondenterna. Då de i uppsatsen fungerar som representanter för de aktörer som behandlas i uppsatsen, är det viktigt att de kan besvara frågorna och lägga fram sina åsikter utan att känna att det finns risk att det påverkar dem på ett negativt sätt.

De respondenter som har uttryckt önskemål om att i förhand få granska hur intervjumaterialet använts i empirin, har beretts denna möjlighet.

Enkäten har varit konfidentiell, och samtliga respondenter informerades om detta och uppsatsens syfte vid bägge enkätutskicken. Det har även varit möjligt för enkätrespondenterna att komma i kontakt med oss via både e-post och telefon.

KAPITEL TRE

3. Teori

I detta kapitel presenteras de två teorier som ligger till grund för analysen i uppsatsen. Kapitlet inleds med ett avsnitt om tidigare forskning. Därefter följer en presentation av de valda teorierna och kapitlet avslutas med en kort beskrivning av hur dessa tillsammans kommer att utgöra den analysmodell som används i denna uppsats.

3.1 Tidigare forskning

Hälso- och sjukvård är ett ständigt relevant ämne som berör oss alla och det har givetvis varit föremål för en hel del forskning av olika slag.

Adjusted Clinical Groups (ACG) som ligger till grund för många ersättningssystem har varit föremål för mycket forskning till exempel en studie från 2002 av Carlsson, Börjesson och Edgren, eller en studie från 2006 av Carlsson, Strender, Fridh och Nilsson.

SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) har utkommit med rapporter vars syfte har varit att övergripande beskriva de resonemangen kring olika ersättningsprinciper och erfarenheter från de olika landstingen (Jacobsson & Lindvall, 2008). Calltorp (2007) har även bidragit till att lyfta fram de internationella erfarenheter som finns och diskuterat tänkbara utvecklingslinjer för Sverige utifrån dessa. Det konstateras att USA utgör det viktigaste ”utvecklingslaboratoriet”, då de ständigt experimenterar med nya förändringar.

Frågan om vad som är önskvärt att ta hänsyn till i ersättningssystem är också omskrivet. Edwards (2001) har exempelvis skrivit om hur resurser bäst kan användas för att tillgodose de behov som finns, och har diskuterat vikten av att röra sig mot en vård som minskar ojämlikheterna, och rekommenderar en modell som tar hänsyn till socioekonomiska faktorer. Denna fråga har även tagit upp av Custers et al (2008) som utvärderat ersättningssystem som används i olika hälsovårdssystem och hur effektiva dessa är. De talar även om direkta och indirekta incitament, samt belöningar och ”straff”. Författarna poängterar i slutsatsen, vikten av att skapa incitament som återspeglar de värderingar och mål som finns inom verksamheten, då detta har en positiv inverkan på effektiviteten.

3.2 Principal- och agentteorin

Agentteorin behandlar relationen mellan principaler (huvudmän) och agenter, och tar bland annat upp de målkonflikter som kan uppstå då dessa båda parter har olika preferenser. Antagandet är att båda vill maximera sin nytta (Saam, 2007). I en perfekt värld utan någon målkonflikt skulle agenten bete sig precis som principalen önskade, oavsett om beteendet kontrollerades eller ej (Eisenhardt, 1989). För att kontrollera agenten kan principalen antingen övervaka agenten för att skaffa sig tillräckligt mycket information om agentens aktiviteter för att kunna kontrollera den, eller genom att skapa incitament för agenten att sträva efter samma mål som principalen (Hadi & McBride, 2000).

I vår studie grundar sig målkonflikten mellan parterna i att principalen, i vårt fall politikerna, strävar efter att uppnå de övergripande politiska mål de satt, vilka inte alla gånger är rimliga sett utifrån agenternas, som i denna studie representeras av tjänstemän och vårdverksamhet, perspektiv. Nyttomaximeringen från tjänstemännens perspektiv grundar sig snarare i att utforma en modell som, samtidigt som de uppfyller de politiska målen, även är kostnadseffektiv, medan vårdverksamheten strävar efter dels en nyttomaximering för sina patienter, dels att maximera sina intäkter. De vårdcentraler som är privata strävar dessutom efter att gå med vinst.

En faktor som komplicerar agentteorin är att det ofta råder en informationsasymmetri mellan parterna. Detta kan leda till, vad som inom agentteorin kallas för, negativt urval (adverse selection) och uppstår då ena parter besitter mer information än den andra. Till exempel har en person (agent) inom den offentliga vårdverksamheten mer kunskap inom detta område, än en politiker (principal) kan tänkas ha. Det negativa urvalet uppstår därmed när principalen inte kan skaffa sig fullgod information och kunskap om agenternas bakgrund och vad som motiverar dem (Gauld, 2007). Det negativa urvalet yttrar sig då i att beslut som inte är optimala fattas. Detta problem återfinns i vår studie. Då politikerna inte har tillräcklig kunskap om det dagliga arbetet på verksamhetsnivå, kan deras övergripande mål och beslut ibland ge upphov till oönskade konsekvenser. För att undvika detta problem behöver politiker veta vilka processer som påverkar verksamhetens arbete och vilken kunskap verksamheten har (Saam, 2007).

Gauld (2007) tar även upp ett problem som är unikt just för den offentliga sektorn, nämligen att det kan finnas flera principaler såväl som agenter och att det därmed finns ett flertal parallella, motstridiga målkonflikter och uppdrag. Det kan även vara så att vissa aktörer är både principaler och agenter samtidigt. Exempelvis kan skattebetalarna ses som principaler med önskemål om en välfungerande vård, medan politiker, tjänstemän och vårdverksamheten som agenter förväntas uppfylla dessa förväntningar. Eftersom patient- och medborgarperspektivet inte behandlas i denna studie är dock detta perspektiv inte relevant här. Politiker kan även ses som principaler gentemot tjänstemännen, som i form av agenter ska utforma ett ersättningssystem som tillgodoser de mål som politikerna satt upp.

3.3 Prat, beslut och handling

Brunsson (2002) talar om två typorganisationer som han kallar för handlingsorganisationen och den politiska organisationen. Utmärkande för handlingsorganisationen är att enighet tillmäts stor vikt; i handlingsorganisationen ska alla sträva åt samma håll. I den politiska organisationen gäller istället konfliktprincipen; medlemmar rekryteras därför att de inte delar varandras uppfattningar om till exempel hur omvärlden ser ut eller vad organisationen bör göra. De är istället representanter för olika grupper inom organisationen.

En handlingsorganisation har en stark organisationsideologi och det råder ofta stark konsistens mellan ideologi och handling. En politisk organisation däremot, kan ha flera olika ideologier och det behöver inte alls finnas konsistens mellan prat, beslut och handling.

Handlingsorganisationer är inriktade på lösningar medan politiska organisationer är mer inriktade på problem. En handlingsorganisation tenderar att specialisera sig, det kan till exempel handla om att man tillverkar en sorts produkt, medan en politisk organisation ska tillfredsställa en mängd intressen och krav samtidigt.

Staten och kommunen är organisationer som kan sägas vara en kombination av både handlingsorganisation och politisk organisation (Brunsson, 1986). Dessa organisationer ska både bedriva en effektiv verksamhet och avspegla en mängd olika intressen och värden. Det samma kan sägas om landstinget. Delar av landstinget är tydliga politiska organisationer, till exempel Landstingsfullmäktige och Hälso- och sjukvårdsnämnden. Förvaltningen och vårdverksamheten, å andra sidan, är snarare handlingsorganisationer.

För att hantera dessa krav, som ofta är oförenliga, har politik och handling separerats (Brunsson, 2002). Detta kallas för decoupling (frikoppling) och Brunsson (1986) beskriver fyra metoder för detta: Politik och handling kan separeras över tiden, över ärenden, över omgivning eller organisatoriskt i olika enheter. Genom frikoppling kan organisationen upprätthålla en legitimerande struktur, samtidigt som aktiviteterna (handlandet) kan organiseras med större hänsyn till det praktiska (Meyer & Rowan, 1977).

I landstingets fall motsvaras den organisatoriska frikopplingen av den indelning som skett mellan Landstingsfullmäktige, som är en organisation som svarar mot det politiska kravet, och förvaltningen (tjänstemännen) och vårdverksamheten som är de delar av organisationen som står för handling.

Rekryteringen till dessa grupper sker i enlighet med principerna för respektive organisation; till förvaltningen och verksamheten enligt enighetsprincipen och till landstingsfullmäktige enligt konfliktprincipen (Brunsson, 1986). Frikopplingen innebär en möjlighet att avspegla och tillfredsställa inkonsistenta krav på olika sätt. Somliga avspeglas och tillfredsställs genom den

politiska organisationen genom prat och beslut och somliga via den administrativa organisationen genom handling.

I en demokratisk idealbild är det politikerna, de folkvalda, som regerar och fattar beslut. Det är politikerna som ger uppslag till förändringar, ställer upp mål för de olika verksamheterna och formulerar direktiv. För att politikernas beslut ska kunna realiseras fordras en förvaltningsorganisation med tjänstemän som är instrumentell, vilket innebär att organisationen ses som politikernas verktyg och att den styrs av direktiv ovanifrån, från politikerna (Brunsson, 1986). När SLL:s organisationsstruktur beskrivs i den så kallade Långtidsutredningens delrapport 1, är det just denna bild som förs fram*. Politikerna i Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) bestämmer den politiska inriktningen och målen, medan det är tjänstemännen i HSN:s förvaltning (HSNf) som har i uppgift att göra verklighet av besluten.

Denna teoretiska bild stämmer inte alltid överens med praktiken. Borgenhammar (1984) skriver att politiker ofta har ett stort ansvar för beslut även när deras möjligheter att påverka är små. De politiskt fattade besluten kan även vara inkonsistenta med de lösningar som tjänstemännen verkställer. Det politiska ”pratet” tjänar till att legitimera politikerna, och ibland kan *vad* de säger, och *hur* de säger det, vara viktigare än praktisk genomförbarhet.

Prat syftar till att synliggöra dem som pratar, det vill säga politikerna, och är en mer effektiv legitimeringsväg än beslut och handling som är mindre synliga än pratet. Dock krävs det i längden även beslut och handling för att en organisation ska vinna legitimitet (Rombach, 1990).

Redan för snart nittio år sedan identifierade Max Weber tre maktresurser som förvaltningen förfogar över i relation till de folkvalda. Dessa tre är (1) sakkunskap som kommer ifrån att tjänstemännen i större utsträckning än de folkvalda är utbildade eller verksamma inom de områden de jobbar med; (2) storlek, det vill säga att det finns långt fler tjänstemän än politiker och (3) kontinuitet som grundar sig i att politiker är folkvalda och därmed riskerar att bytas ut vart fjärde år medan tjänstemännen kan arbeta med samma frågor i många år och därmed få möjlighet att öka sitt kunskapsövertag ännu mer (Ahlbäck Öberg 2003).

Politikerna är, å andra sidan, de som har kontrollen över pengarna och i landstingets organisationsstruktur är de formellt överordnade förvaltningen (Johansson, 2002).

3.4 Analysmodell

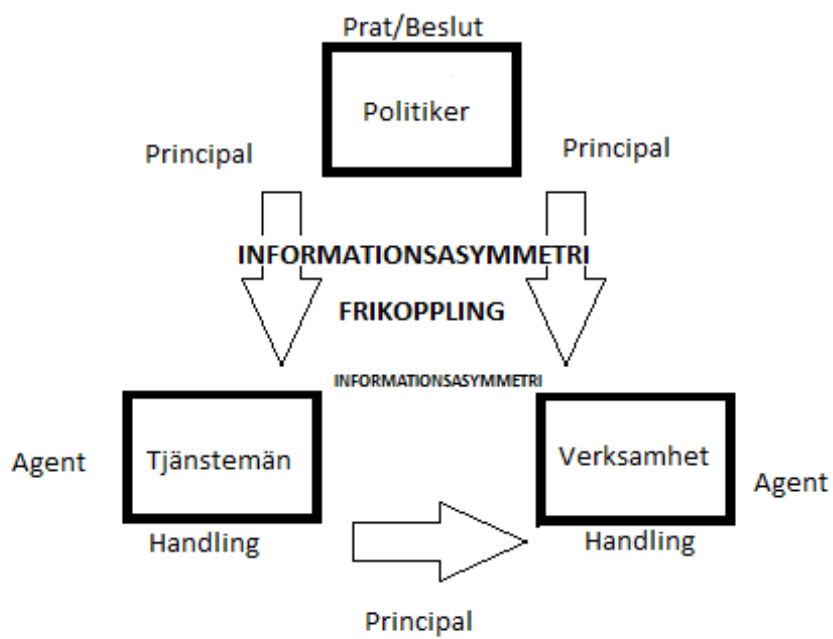
Denna uppsats behandlar perspektivet att politikerna är principaler i relation till både tjänstemän och vårdverksamhet, som då är agenter. Tjänstemännen är dock samtidigt principaler i relation till vårdverksamheten. De tre aktörerna är organisatoriskt frikopplade från varandra i olika enheter.

* se *Delrapport 1, Framtidens hälso- och sjukvård, 2009 s. 21 s 21ff*

I den första relationen, mellan alla tre aktörer, ägnar sig politiker (principalerna) åt prat och beslut, medan tjänstemän och vårdverksamhet (agenterna) ägnar sig åt handling. Tjänstemännens handling består i att göra verklighet av de politiska besluten genom utformandet av förslag till ersättningssystem som ska tillfredsställa de uppsatta målen. Vårdverksamhetens handlande består i att ge vård. Då politiker legitimerar sig genom prat och beslut, och sätter stor vikt vid detta, kan den praktiska genomförbarheten, det vill säga handlingen, komma i skymundan (Borgenhammar, 1984). Detta skulle kunna leda till ett minskat förtroende för politikerna eftersom tjänstemän och vårdverksamhet har just handling i centrum, och därmed kan tänkas ha en förhoppning om att det prat och beslut som politiker ägnar sig åt är tillräckligt realistiskt för att kunna övergå i handling. Detta kan dock försvåras av den informationsasymmetri som kan föreligga mellan aktörerna, i form av till exempel otillräcklig kunskap. Politiker kan ha otillräcklig kunskap om vilka konsekvenser deras beslut kan ge inom verksamheten, men även vilka beslut som är praktiskt genomförbara för tjänstemännen.

I den andra relationen, mellan tjänstemän och vårdverksamhet, kan det tänkas finnas ett större förtroende eftersom båda dessa är handlingsorganisationer. Informationsasymmetrin mellan dessa aktörer bör vara mindre, då de har tätare kontakt och tjänstemännen besitter mer kunskap om vårdverksamheten. Däremot kan tjänstemännen tänkas vilja maximera sin nytta genom att utforma ett ersättningssystem som fungerar ute i vårdverksamheten, samtidigt som de tillfredställer de mål som satts av politikerna, då detta är deras primära uppgift.

Som tidigare nämnts, råder en frikoppling mellan den politiska organisationen som står för prat, och förvaltningen som står för handling. Brunsson (1986) beskriver denna frikoppling som en möjlighet att tillfredsställa inkonsistenta krav, dels genom politikens prat och beslut, och dels genom förvaltningens handling. I vår analysmodell kan frikopplingen även ses som ett resultat av den informationsasymmetri som sägs råda mellan de olika aktörerna, det vill säga att politiker exempelvis inte har tillräcklig kunskap för att genomföra handlingen, vilket genom frikopplingen istället blir förvaltningens ansvar. Frikopplingsmekanismerna och gapet mellan de frikopplade delarna kan alltså även förstås genom informationsasymmetrin. Den skulle till viss del även kunna ses som ett verktyg för nyttomaximeringen som respektive aktör strävar efter. Det kan vara lättare för politiker att maximera sin nytta och legitimera sig genom prat och beslut, om de är frikopplade från själva handlingen. Med andra ord kan politikerna tänkas maximera sin nytta genom att söka upprätthålla informationsasymmetrin mellan aktörerna.



Figur 1, översikt analysmodell

KAPITEL FYRA

I detta kapitel kommer vi att ge de yttre ramarna för vårt ämne. Läsaren ges en möjlighet att bättre förstå hur Stockholms läns landsting fungerar som organisation och hur ersättningssystemen är uppbyggda och vad de fyller för syfte.

4.1 Stockholms läns landstings organisation*

4.1.1 Politisk organisation

Det är i Landstingsfullmäktige som de övergripande besluten för hälso- och sjukvården i Stockholms län fattas. Det är även här som de ekonomiska ramarna sätts. Landstingsstyrelsen utser Hälso- och sjukvårdsnämnden, beställer sjukvård och ansvarar för att vården möter invånarnas behov. Det är Hälso- och sjukvårdsnämnden som sköter upphandlingar och träffar avtal med producenter av sjukvård, samt ansvarar för ersättningssystem och godkännande av vårdgivare (Delrapport 1, Framtidens hälso- och sjukvård, 2009). I beställar-utförarmodellen utgör Landstingsfullmäktige och Landstingsstyrelsen finansiär/ägar-gruppen, medan Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med förvaltningen tillhör beställargruppen (se figur 2).

4.1.2 Förvaltningsorganisationen

Förvaltningsorganisationen är en tjänstemannaorganisation, och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSNf) lyder under Hälso- och sjukvårdsnämnden. HSNf fungerar som beställare av vård och kallas därför även för *beställarsidan*.

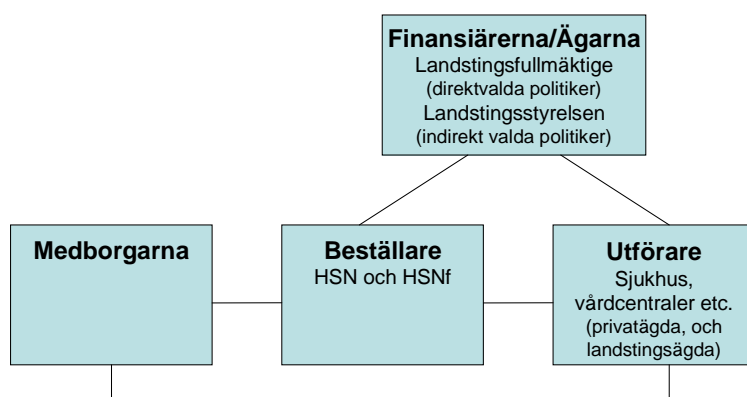
Hälso- och sjukvårdsnämnden fattar beslut om beställning, finansiering och uppföljning av vård och HSNf verkställer besluten. HSNf ansvarar också för att fastställa vilket vårdbehov befolkningen i länet har och för att den vård som beställs motsvarar det behovet (Delrapport 1, Framtidens hälso- och sjukvård, 2009).

4.1.3 Utförarorganisationen

Utförarorganisationen utgörs av de vårdgivare, privata eller landstingsägda, som i konkurrens med andra fått ett tidsbegränsat avtal med landstinget om att bedriva vårdverksamhet. Cirka 50 procent av verksamheterna ägs direkt av landstinget, medan 25 procent vardera bedrivs i landstingsägda

* För organisationsschema, se bilaga 4

bolag respektive av privata vårdgivare (Delrapport 1, Framtidens hälso- och sjukvård, 2009).



Figur 2: Beställar-utförarmodellen i SLL*

4.2 Ersättningssystem

4.2.1 Ersättningssystemet som styrmedel

Ett ersättningssystem är en metod/teknik som används för att ersätta vårdgivare och som innehåller beskrivningar för vad som ska utföras och på vilka villkor. Det används även som ett redskap för att påverka och styra verksamheten mot önskvärd riktning, till exempel mot kvalitet eller produktivitet (Calltorp, 2007).

Utformningen och fördelningen av kostnadsansvaret inom ersättningssystemet är ett av de viktigaste styrmedlen hos en vårdvalsmodell. Betydelsen skärps dessutom av att beställaren är åtskild från vårdgivaren och att ersättningsreglerna i och med det är bindande. Det är inte längre möjligt för landstinget att dra in vårdgivarnas överskott, och inte heller är det möjligt att i efterhand få underskotten täckta. Detta gör att det krävs en starkare ekonomisk medvetenhet av vårdgivarna och att de anpassar sitt handlande efter vad som är ekonomiskt försvarbart. Jämfört med tidigare, är det idag i ett vårdvalssystem ännu viktigare att hålla reda på vad i modellen som kostar och vad som belönas (Sveriges Läkarförbund, 2009).

* Bearbetning av Figure 1, Siverbo, 2004, s. 406

4.2.2 Utformandet

De olika ersättningsprinciperna har både positiva och negativa egenskaper vilket gör att ingen enskild ersättningsform räcker. Istället kan de kombineras och anpassas för att uppfylla verksamhetens mål och minska de negativa effekterna. Nedan följer en översikt över några befintliga ersättningsprinciper som sedan sammanfattas i en tabell där de teoretiska för- och nackdelarna listas på ett mer överskådligt sätt (Jacobsson & Lindvall, 2008).

Ersättning per åtgärd (fee for service)

En rörlig retrospektiv ersättning per åtgärd kan ge incitament till ökad produktivitet, men även ge upphov till högre produktionskostnader då det lönar sig att utföra så många åtgärder som möjligt (Jacobsson, 2007).

I förväg fastställd ersättning per åtgärd

En ersättning som är rörlig och fastställd från början kan leda till både hög produktivitet och lägre produktionskostnader. Denna kombination kan dock leda till att vårdkvaliteten blir lägre. En annan risk är att ”cream-skimming” uppstår, det vill säga att vårdproducenter väljer att behandla lönsamma patienter eller åtgärder (Jacobsson & Lindvall, 2008).

Ersättning per produktgrupp (DRG* exempelvis)

Även med detta system finns en risk för cream-skimming, exempelvis finns vid tillämpandet av Diagnose Related Groups (DRG), risken att patienter med diagnoser som genererar en högre ersättning premieras, alternativt att patienter som är dyra att behandla sorteras bort. Däremot minskar skillnaderna i lönsamhet mellan olika åtgärder, outputen ökar och kostnadskontrollen likaså medan effektiviteten dock ligger i riskzonen (Jacobsson, 2007).

Resultatbaserad ersättning

Denna ersättningsprincip har väckt stort intresse då det är svårt att hitta någon princip som ger incitament för högre kvalitet. Resultatbaserad ersättning kan varieras och utformas som en målrelaterad ersättning som utgår i form av en fastställd bonus då förutbestämda mål har uppnåtts, till exempel en ökad vårdkvalitet. Ersättningsprincipen ger många möjligheter då fokuset kan varieras, men kan samtidigt leda till målkonflikter av samma anledning (Jacobsson, 2007).

* DRG är ett system för att klassificera patienter i olika grupper med likartad diagnos och förväntad resursförbrukning, och som kan ligga till grund för prestationsbaserad ersättning. Se vidare t.ex. <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg>

Kapitation

En ersättning som är fast och bestämd i förväg sägs ge incitament till att hålla kostnaderna nere men även till låg produktivitet. Detta förknippas i sin tur med låg kvalitet såväl som låg patientservice, då dyra patienter löper risk att bli vidareremitterade alternativt placerade i kö. Fördelen med kapitation är dock att den bidrar till väldigt stark kostnadskontroll (Jacobsson & Lindvall, 2008).

Period

Detta kan benämnas som ett traditionellt anslag där storleken baseras på organisationens behov av resurser. För att fastställa detta används information från tidigare år gällande bland annat resursförbrukning, köer och effektivitetskrav. Det är med andra ord en fast ersättning vilket generellt sett ger incitament relativt god kostnadskontroll men låg produktivitet. Exempelvis kan långa köer vara ett skäl till att få mer pengar (Jacobsson & Lindvall, 2008).

Ersättningsform	Fast / Rörlig	Positiva egenskaper	Negativa egenskaper
Fee for service (ersättning/åtgärd)	Rörlig	- Hög produktion - God service	- Hög produktionskostnad - Dålig kostnadskontroll
I förväg fastställd ersättning/åtgärd	Rörlig	- Hög produktion - Lägre produktionskostnad - God service	- Låg vårdkvalitet - Cream-skimming - Sämre kostnadskontroll
Ersättning/produktgrupp (DRG)	Rörlig	- Hög produktion - Lägre produktionskostnad - God service	- Låg vårdkvalitet - Cream-skimming - Sämre kostnadskontroll
Resultatbaserad ersättning	Rörlig	- Hög produktion - Lägre produktionskostnad - Hög vårdkvalitet - God service - Bättre kostnadskontroll	- Cream-skimming - Målkonflikter - Mätproblematik
Kapitation	Fast	- Lägre produktionskostnad - Bra kostnadskontroll	- Lägre produktion - Lägre vårdkvalitet - Sämre service - Cream-skimming
Period	Fast	- Ingen cream-skimming - Bättre kostnadskontroll	- Lägre produktion - Eventuellt högre produktionskostnad - Sämre vårdkvalitet - Sämre service

Tabell 1 – Sammanställning för- och nackdelar

4.2.3 Ersättningsprinciper inom primärvården

Inom primärvården är kapitation, näst efter anslagsfinansiering (period), den vanligaste ersättningsprincipen. I sin enklaste form utgörs dess storlek endast av antalet listade patienter, men finansören vill dock i de flesta fall justera ersättningen för vårdtyngd. Detta görs enklast genom att vikta ersättningen i förhållande till åldern hos de listade patienterna. Vissa landsting har även valt att justera ersättningen till att stimulera olika typer av prestation genom att komplettera kapitationsersättningen med en prestationsersättning. Det vanligaste är att landstingen då låter ungefär 30 procent av ersättningen bestå av en rörlig prestationsdel medan resten utgörs av den fasta kapitationen (Jacobsson, 2007).

Allt fler landsting har under senare år utifrån egna initiativ, utvecklat nya vårdvalsmodeller inom primärvården och variationen landstingen emellan har därmed ökat, då målen mellan dem skiljer sig åt. Den gemensamma ambitionen är dock att pengarna ska följa befolkningens val av vårdgivare samt att konkurrensen ska stimuleras genom en ökning av privata etableringar (Anell, 2009).

Något annat som skiljer sig mellan de olika landstingen och invånare, är vårdbehovet. Då behovet är individuellt finns det anledning att vikta den fasta ersättningen med hänsyn till förväntad vårdkonsumtion eller vårdtyngd. Detta sker i alla landsting och regioner, även om principerna är olika. I Anells rapport (2009) använder sig alla de sju landsting som undersökts, av någon typ av åldersrelaterad viktning. I Region Skåne och Västergötlandsregionen används dessutom en diagnosklassificering enligt ACG (Adjusted Clinical Groups). ACG är ett system för att förutse en populations sjukvårdsutnyttjande och därmed även kostnaden och resursutnyttjandet (Carlsson, Börjesson & Edgren, 2002). Utöver detta sker i exempelvis Region Skåne, en viktning av ersättningen i förhållande till socioekonomiska faktorer som är knutna till individen.

Risken finns dock att styrsystemet, i och med dessa viktningar, kan bli för komplext och svårt både att förstå och att använda (Jacobsson, 2007).

4.2.4 Ersättningssystemet i Stockholms Läns Landsting

Det nuvarande ersättningssystemet i Stockholms läns landsting består av tre delar: en fast, en rörlig och en målrelaterad del. Den fasta delen, även kallad kapitation, uppgår till cirka 40 procent och baseras på antalet listade* patienter. Cirka 60 procent utgör rörlig ersättning och består av en fast ersättning per mottagen patient. Ersättningen varierar beroende på om patienten träffar en läkare eller en sköterska; ersättningen för ett läkarbesök är ungefär dubbelt så hög som för ett besök hos en sjuksköterska. Utöver den fasta och rörliga delen finns även en målrelaterad del på 3 procent i form av bonus eller vite. Om verksamheten uppfyller vissa krav, det kan till exempel handla om att

* Listade patienter är de patienter som har valt vilken vårdcentral de vill tillhöra.

rapportera in information till diabetesregistret eller att ha en hög telefontillgänglighet, kan en bonus betalas ut men om vårdcentralen misslyckas med att uppnå målen kan en del av ersättningen dras in (Regelbok för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård 2009).

Den rörliga ersättningen betalas ut för alla patientbesök och är densamma oavsett hur lång tid besöket tar eller vad patienten har för åkomma. En extra ersättning utgår för de besök som kräver närvaro av tolk (Regelbok för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård 2009).

Om antalet besök dividerat med antalet listade skulle överstiga de angivna nivåerna i ersättningstaket, reduceras vårdgivarens ersättning med 33 procent. Tabellen nedan visar exempelvis ersättningstaket för läkarbesök.

	Nivå 1	Nivå 2	Reducering i procent av ersättningen
Läkarbesök, besök per listad (genomsnitt per person), avser inte besök i hemsjukvård	1,9	4,0	33 %

Tabell 2 – Ersättningstak för läkarbesök (Regelbok för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård 2009, kap 7, punkt 5)

Vårdgivaren får med andra ord full ersättning betalad från beställaren, för besök upp till första nivån. För besök mellan nivå 1 och 2 reduceras ersättningen med 33 procent och för besök över nivå 2 erhåller vårdgivaren endast patientavgift och ersättning för frikort, men ingen grundersättning (Anell, 2009).

För närvarande är SLL det landsting som har lägst fast ersättning, det vill säga en kapitation på 40 procent. Detta kan jämföras med andra landsting, exempelvis Halland, Västmanland och Skåne, där den fasta ersättningen ligger mellan 80 och 90 procent, vilket också är den vanligaste nivån i Sverige (Jacobsson, 2007). Ett ersättningssystem med så pass hög rörlig ersättning, som det i Stockholms läns landsting, ska teoretiskt leda till att produktiviteten, det vill säga antalet besök, ökar, samtidigt som det finns en risk för cream-skimming och att vårdkvaliteten och kostnadskontrollen försämras. Ersättningssystemet i Stockholms läns landsting är ett av de enklaste systemen där den fasta ersättningen endast baseras på tre åldersgrupper, och ingen extra ersättning ges för vårdcentraler som har en socioekonomiskt tung lista (Anell, 2009).

KAPITEL FEM

5. Empiri

I detta avsnitt kommer vi att presentera vår empiri utifrån fyra olika teman: Relationen mellan politiker, tjänstemän och verksamhet; Ersättningssystemet; Hälso- och sjukvården; och Den ekonomiska aspekten. Sammanställningen bygger på det material vi har samlat in i form av intervjuer och enkäter. Vi har intervjuat fyra stycken verksamhetschefer, fyra politiskt sakkunniga – tre från majoriteten och en från oppositionen, samt två stycken tjänstemän.

5.1 Sammanställning av intervjuer

”Förtroende för landstinget? Det är ungefär som att fråga en slav om den är nöjd med sin ägare.”

Svaret gällande relationen mellan politiker, tjänstemän och verksamhet varierar beroende på vem som tillfrågas. Från politiskt håll, både majoritet och opposition, upplevs relationen till verksamheten som god. De säger sig ofta vara ute på vårdcentraler för att träffa personalen som jobbar där och se hur deras verksamhet fungerar. Vår respondent från oppositionen berättar att de, på sistone, har varit runt väldigt mycket hos dem som har förlorat mycket på Vårdval Stockholm för att se hur de har det. Hon berättar även att oppositionen för en tid sedan ordnade en ”hearing” där de bjöd in all personal från alla vårdcentraler i hela länet och diskuterade kring temat: ”Hur skapar vi ett bra vårdval?”. De säger sig ha jobbat mycket med att få verksamheten att känna att de också är med och påverkar. En av respondenterna från majoriteten påpekar att det naturligtvis finns en ständig kontakt med vården, men att vårdverksamheten egentligen är för komplex för att politikerna själva ska kunna ha en direktkontakt. Han säger också att det till syvende och sist är politiken som bestämmer även om de är intresserade av att de som jobbar i verksamheten tycker att systemet fungerar. Kontakten sköts istället via förvaltningen. Han tillägger att media är en vanlig kommunikationsväg, exempelvis presenterades det nya vårdvalet i en debattartikel som såldes in till Dagens Nyheter.

Relationen mellan politiker och tjänstemännen i beställarorganisationen beskrivs som god från bägge sidor. Relationen beskrivs som ett samspel och ett ömsesidigt utbyte av information och kunskap. Samtidigt påpekar både politiker och tjänstemän att tjänstemännen jobbar utifrån politikernas riktlinjer, för att uppfylla de politiska målen hos dem som är i majoritet och

respondenterna på politisk nivå, majoritet såväl som opposition, anser att tjänstemännen gör ett väldigt bra jobb och att de snabbt anpassar sig efter sittande majoritet. Bägge tjänstemännen som vi talat med uppger att beställarorganisationen är en väldigt politiskt styrd organisation. En av tjänstemännen säger att det lätt blir kortsiktiga mål och skulle föredra om de förändringar som görs kunde göras från grunden och därmed bli mer långsiktiga.

Från verksamhetshåll är bilden av relationen till politiker annorlunda. De verksamhetschefer som vi har talat med bekräftar att det emellanåt kommer politiker till deras vårdcentraler, men att de upplever att besöken inte leder till några förändringar. En kvinna på en privat vårdcentral berättar att politiker har kommit när de har blivit inbjudna, men inte på eget initiativ. Tre av fyra säger att intresset från politikerna ökar i valtider.

Samtliga fyra tycker att kommunikationen med politikerna är dålig. Det handlar snarare om en envägskommunikation än en dialog och det upplevs som otydligt vem som kan kontaktas med synpunkter och förslag. Möjligheten att påverka beskrivs också som liten bland verksamhetscheferna. Två respondenter erfar att politiker visserligen lyssnar på dem, men att deras åsikter inte leder till några förändringar. Tjänstemännens inflytande upplevs som obefintligt av tre av de intervjuade på verksamhetsnivå, medan en säger sig nyligen ha upptäckt att tjänstemännen har mer makt än vad hon tidigare trott. Hon tillägger dock att det inte är lättare att påverka tjänstemännen, eftersom de fortfarande är styrda från politiskt håll.

På politisk nivå ägnas mycket tid åt att sätta sig in hur saker och ting fungerar i vården. De gör egna utredningar och rapporter och tar också del av stora mängder material och information från tjänstemännen. De tar även del av ny forskning och utvärderingar av system som används i andra landsting i Sverige, och internationella erfarenheter. Många politiker har lång erfarenhet av politiskt arbete med hälso- och sjukvårdsfrågor.

På verksamhetsnivå görs en distinktion mellan att vara *påläst*, och att *förstå* vad vårdpersonalen gör i sitt dagliga arbete. I intervjuerna framkommer att politiker visserligen upplevs som pålästa om vården i allmänhet, men de anses däremot ha liten förståelse för vad som sker i det dagliga livet på en vårdcentral. Detta anses vara en kunskap som inte går att läsa sig till. Två av verksamhetscheferna menar att många av politikernas mål är helt orimliga just på grund av vad de upplever som bristande förståelse. Båda nämner hemsjukvården som ett exempel där politikerna velat dra ner på besöken, utan att förstå vilka konsekvenser detta får för patienterna och verksamheten.

Tjänstemännen anses, av våra respondenter på verksamhetsnivå, ha större kunskap om vården. De sägs ofta ha arbetat inom vården innan de blev tjänstemän och har därför den baskunskap som politiker saknar. Både på politiker- och tjänstemannanivå säger respondenterna att tjänstemännen har ett kunskapsövertag vad gäller verksamheten och hur den fungerar. En av respondenterna i

politisk majoritet tillägger att det är så det ska vara, eftersom tjänstemännens jobb är att utforma förslag till ersättningssystem och därför har en tätare kontakt med vårdverksamheten.

De två tjänstemän som vi talat med uppger att de har stort förtroende för verksamheten. På beställarorganisationen görs det regelbundna avstämningar mot vården för att ta reda på hur förändringar påverkar verksamheten i vardagen.

Tjänstemännen upplevs också av verksamheten som lättare att nå och att föra en dialog med, även om de också känns svåra att påverka. Vår tjänsteman på beställarorganisationen säger att deras största kontaktyta är gentemot politiken men att de även kommunicerar mycket med verksamheten, då främst genom att de informerar om vad de har kommit fram till (envägskommunikation), men även genom dialog.

”Det är ett bra system och jag skulle till och med säga att det är ett så bra system som någon har någonstans”

Den politiska majoritetens mål med det nuvarande ersättningssystemet har främst varit att öka tillgängligheten för patienterna och att skapa ett system där varje vårdcentral ersätts på samma sätt. Systemet var tidigare mer differentierat och ersättningen kunde se olika ut beroende på vilken kommun vårdcentralen tillhörde. Privata och landstingsdrivna verksamheter kunde också få olika ersättning. I och med Vårdval Stockholm nollställdes systemet, vilket innebär att alla vårdcentraler ersätts på lika grunder.

Den representant för oppositionen som vi har talat med säger att de visserligen inte vill gå tillbaka till det system som var tidigare, men att de vill förändra ersättningssystemet så att det tar hänsyn till vårdtyngd och gör det mindre läkarfokuserat. Hon menar att en förutsättning för att kunna ge rättvis vård, och vård efter behov, är att ge *olika* mycket pengar för olika patientbesök. Från oppositionens håll anser man det klarlagt i forskning att socioekonomiska faktorer såsom antal arbetslösa, antal utomnordiskt födda och antal lågutbildade har en inverkan på individens vårdkostnad, och deras slutsats är därför att ett ersättningssystem bör ta hänsyn till dessa faktorer för att ersättningen ska bli mer rättvis.

Oppositionen anser att ett ersättningssystem som ger lika mycket ersättning för varje patient påverkar ekonomin negativt i de socioekonomiskt svaga områdena och positivt i de socioekonomiskt starka områdena. Från majoritetens håll håller man inte med om den här beskrivningen. En av respondenterna säger att det enda som är intressant är att ersätta efter diagnos och behandling. Andra faktorer som ålder, bakgrund eller huruvida patienten är anställd eller ej anses inte vara rimliga att räkna in. Han ansåg även att det idag inte finns ett tillräckligt bra system för att mäta vårdtyngd på individnivå. Det är viktigt att hitta faktorer som styr mot den faktiska vårdtyngden och sådana faktorer är svåra att hitta.

Tre av de verksamhetschefer som vi har intervjuat är positiva till socioekonomisk viktning av ersättningen. En kvinna påpekar dock att detta endast skulle påverka den fasta delen av ersättningen, som i Stockholms läns landsting är relativt liten, eftersom viktningen sker på listade patienter. Effekten av en sådan viktning skulle, enligt hennes mening, därmed bli alldeles för liten. Samma tre menar att det är dyrare att bedriva vård i vissa områden och uppger just ålder, utbildningsnivå, utländsk bakgrund och arbetslöshet som faktorer som påverkar vårdkostnaden negativt och anser därför att det är rimligt att verksamheten kompenseras för detta genom ersättningssystemet.

Samtliga fyra verksamhetschefer uppger att deras vårdcentral ligger i områden som skulle gynnas av en socioekonomisk viktning. Den verksamhetschef som trots det inte ville införa en socioekonomisk viktning ansåg att det klagades för mycket bland vårdpersonalen, och att de på hennes vårdcentral istället försökt göra det bästa av den rådande situationen.

Bägge de intervjuade tjänstemännen är positivt inställda till en socioekonomisk viktning. Även de anser att det i många områden inte går att uppnå den balans som politikerna talar om, och de uttrycker en önskan om ett ersättningssystem som tar hänsyn till vårdtyngd och socioekonomi.

Det viktigaste målet med ersättningssystemet är att öka tillgängligheten till vården. Majoriteten säger att Sverige resultatmässigt ligger mycket bra till internationellt, men att det är svårt att få en tid hos doktorn. Därför valde majoriteten att konstruera ett ersättningssystem med tydliga ekonomiska incitament till ökad tillgänglighet, genom en stor andel rörlig, produktionsbaserad, ersättning. Utan tydliga incitament tror de att läkarna kommer att välja att lägga pengarna på annat än att träffa patienter.

Oppositionen kritiserar ersättningssystemet för att ekonomiskt ha utarmat vårdcentralerna i de socioekonomiskt svaga områdena, och på så sätt tvingat dem att kraftigt öka antalet läkarbesök för att kompensera för det ekonomiska bortfallet från när den socioekonomiska viktningen togs bort. Samtliga intervjuade, politiker, tjänstemän och verksamhetschefer, bedömer att tillgängligheten har ökat med det nya ersättningssystemet. Oppositionen påstår dock att andelen sköterskebesök har minskat samtidigt som antalet läkarbesök har ökat. Detta på grund av att ersättningen för ett läkarbesök är så pass mycket högre än ersättningen för ett sköterskebesök. De hävdar därför att den faktiska tillgängligheten, eller antalet besök på en vårdcentral, inte alls har ökat i den utsträckning som majoriteten påstår.

Tjänstemannen på beställarorganisationen säger att deras försöksstatistik visar att antalet besök har ökat kraftigt, och att detta borde innebära att det har blivit lättare att komma till vården.

Ersättningssystemet i Vårdval Stockholm innebär att ersättningen för ett besök på vårdcentralen blir densamma oavsett om besöket tar fem eller fyrtyofem minuter. Ersättningen blir högre om patienten träffar en läkare jämfört med en sjuksköterska. Den politiska majoriteten berättar att detta

system har varit väldigt effektivt för att öka tillgängligheten till vården, antalet läkarbesök ökade med 400 000 stycken 2008. Det finns starka ekonomiska incitament att träffa många patienter samtidigt som den ökade mängden korta besök balanserar upp de längre, svårare besöken.

Enligt vad den politiska majoriteten berättar är nöjdheten med Vårdval Stockholm mycket stor, både bland patienter och ute i verksamheten. De vårdcentraler som har varit missnöjda är främst de som ligger i mer utsatta områden och som tidigare fick en väldigt stor ersättning som i och med Vårdval Stockholm sjönk kraftigt. Denna bild motsägs av oppositionen som tror att människor ställer sig positiva till konceptet vårdval, att få välja sin läkare, men tycker att utformningen av ersättningssystemet i Vårdval Stockholm är orättvist.

”Det går mycket tid till annat än att sköta patienten, det är det som tar energi.”

Vid frågan vad som anses med *effektiv sjukvård* talar alla fyra respondenter på verksamhetsnivå om vikten av att kunna erbjuda vård till dem som behöver och fokusera på kärnverksamheten istället för att ödsla tid på administrativt arbete. Denna uppfattning delas även på politisk nivå av den politiska majoriteten. Där talas det även om behandling i rimlig tid och vikten av att minska köerna. Folk ska inte tvingas sjukskriva sig för åkommor som faktiskt är behandlingsbara.

Något annat som nämns på verksamhetsnivå när effektivitet kommer på tal, är kontinuitet inom vården. En kvinna beskriver hur de upphandlingar som kommit i och med vårdvalet, har lett till att vårdkedjor brutits och att de numera är osäkra på vart de ska skicka patienter som behöver specialistvård. Om de från början visste vart de skulle vända sig för att få hjälp med patienterna skulle de spara in mycket tid och energi. ”Där finns hur mycket effektivitet som helst att hämta”, säger hon.

När det gäller frågan om vad en *rättvis vård* anses vara, talar flera om vård efter behov. Innebörden av detta begrepp skiljer sig däremot åt. För respondenten från oppositionen innebär detta att mest resurser ska gå dit där behoven är som störst, och hon menar även att det idag snarare är tvärtom. Rättvisa är att ge olika mycket till människor, för att alla ska ha möjlighet att förbättra sin egen hälsa. Respondenten i den sittande majoriteten tycker däremot att det ska vara lika regler för alla. I samband med frågan om rättvis vård, kommer även frågan om vad som menas med en *god vårdverksamhet*. Alla tre frågorna går egentligen hand i hand, och det som är ständigt återkommande från verksamhetens håll, är en önskan att kunna fokusera på sin kärnverksamhet. En av verksamhetscheferna anser att det på politisk nivå är ett helt annat perspektiv på vad en god vård är. Hon menar att politiker är en grupp som hör till kategorin ”rik och frisk”, en kategori som, när de har en åkomma, fort vill komma till doktorn och lika fort komma därifrån, och att systemet är anpassat efter detta. Patienter i vårdtunga områden, som hennes, har däremot helt andra

förutsättningar. Många kommer från länder där sjukvården varit bristfällig och är därmed oroliga över de åkommor de kommer med. ”Om jag bara avfärdar dig på tio minuter, då går du hem och har ännu mera ont, för jag har inte behandlat din oro”, förklarar hon.

”Money talks, på något sätt”

Alla respondenter på de vårdcentraler vi talat med, privata såväl som landstingsägda, upplever att ekonomin har försämrats. En kvinna på en landstingsägd vårdcentral berättar att de fått en neddragning i budgeten med 25 procent, samtidigt som de blivit, som hon själv uttrycker det, påtvingade många extra utgifter. Hon tillägger att hon under sina trettio år på vårdcentralen aldrig tidigare upplevt att pengarna styrt så mycket som de gör nu. För att gå runt ekonomiskt har de tagit bort all administrativ tid för läkarna, vilket lett till konstant övertidsarbete. Dessutom har de börjat med en öppen infektionsmottagning som är öppen mellan 9:30 och 12 varje dag, där de tar emot enkla, snabba besök som hon egentligen anser är medicinskt omotiverade. På så sätt får de in pengar för att kunna ta hand om de besök som tar längre tid, även om dessa patienter då tvingas vänta längre.

En annan respondent på en privatägd vårdcentral berättar att vårdcentralerna i västerort själva avsätter en del av sin kapitering för att hålla närakuterna i området i drift. Hon berättar att det tidigare var landstinget som betalade för det, eller privata vårdgivare med bidrag från landstinget, i syfte att avlasta akutmottagningarna på sjukhusen. I och med Vårdval Stockholm bestämdes det dock att dessa skulle stängas, vilket innebar en större press på vårdcentralerna. Genom att själva betala för närakuten kan de nu fortfarande hänvisa patienterna dit när tiderna på vårdcentralen är fullbokade.

Vår respondent från oppositionen berättar att folk ofta ringer dem och berättar hur det är ute i verksamheten. Hon säger att en patient besökt sin vårdcentral för att spola vax ur öronen och då fått boka två besök på vårdcentralen; ett för varje öra. På detta sätt får vårdcentralen dubbel ersättning.

En man på en annan privatägd vårdcentral säger att de numera styrs mycket av ekonomiska incitament, de måste trots allt betala både löner och hyra. Han påstår att vårdcentralen går back om han inte har en patient i kvarten, och säger även att det inte är motiverat att utföra provtagningar om ingen ersättning betalas ut för dem, trots att detta kan påverka patienterna negativt.

Alla fyra verksamhetschefer tror att det finns en risk för att vissa patienter påverkas negativt av ersättningssystemet, och det gäller då främst de multisjuka. Däremot ställer sig alla positiva till att fler faktiskt får möjlighet att träffa en läkare och säger att patienterna är nöjda med det, även om de själva anser att det är medicinskt omotiverade besök.

Vår respondent från oppositionen säger att det är områden med dålig folkhälsa som förlorat väldigt mycket pengar på Vårdval Stockholm, bland annat Rinkeby, Hässelby och Botkyrka. Dessa kommuner har förlorat på att den socioekonomiska viktningen tagits bort. De tre respondenterna från majoriteten anser att denna ersättning inte är helt motiverad. De pratar istället om ”gungor och karuseller”, det vill säga att de besök som är snabba och därmed snabbt genererar pengar, väger upp för de besök som tar längre tid och kostar mer. Respondenten från oppositionen tycker dock inte att det resonemanget stämmer i praktiken, eftersom Stockholm har en bostadssegregation, där det är stora klyftor områdena emellan och att det därmed inte alls jämnar ut sig. En respondent från majoriteten anser att den socioekonomiska ersättningen till dessa områden tidigare har varit omotiverat hög, ”det är klart de klagar, här får de mindre pengar än vad de fick tidigare”, säger han.

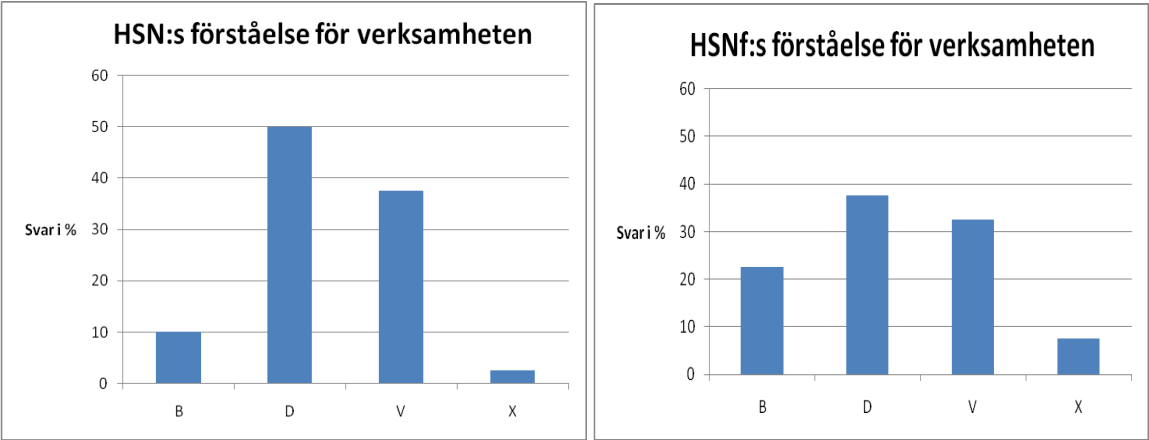
Det finns dock fördelar också, och det är att kostnadsmedvetenheten har ökat. Tre av fyra verksamhetschefer, både landstings- och privatägda tycker det är positivt att det hålls mer koll på kostnaderna idag. En av verksamhetscheferna säger att läkarna idag till exempel tittar på sina kostnader för provtagningar, men att hon däremot inte märkt någon nedgång vad gäller antalet provtagningar som görs. Flera respondenter talar även om Kloka listan, som används för att läkarna ska använda kostnadseffektiva läkemedel och inte skriva ut de dyraste. En verksamhetschef säger att många vårdcentraler som tidigare haft gott om pengar, inte behövt bry sig om kostnaderna och tycker det är positivt att alla fått upp ögonen för vad saker egentligen kostar.

5.2 Sammanställning av enkäter

”Man måste jobba som doktor för att förstå behoven!”

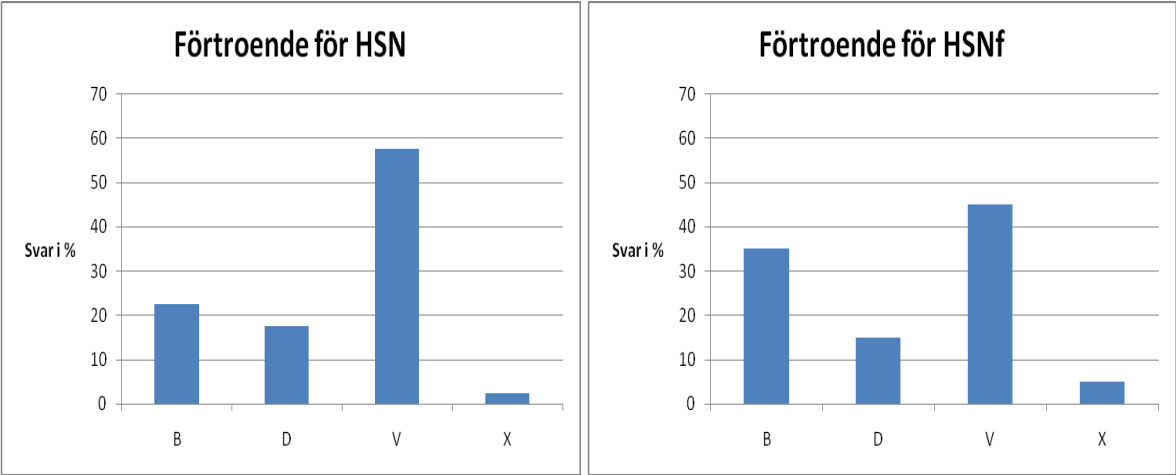
Detta är en åsikt som flera av enkätrespondenterna delar, och det framgår att hälften av de verksamhetschefer som har besvarat enkäten, anser att HSN:s förståelse för verksamheten är dålig. I enlighet med vad intervjurespondenterna på verksamhetsnivå har sagt, visar svaren även på att det finns ett något större förtroende för tjänstemännen på förvaltningen, då dessa upplevs ha en större förståelse för verksamheten. I enkätundersökningen framgår att en fjärdedel av de tillfrågade anser att HSN har en bra förståelse för verksamheten, medan bara var tionde anser att HSN har en bra förståelse.

B = Bra D = Dåligt V = Varken eller X = Vet ej



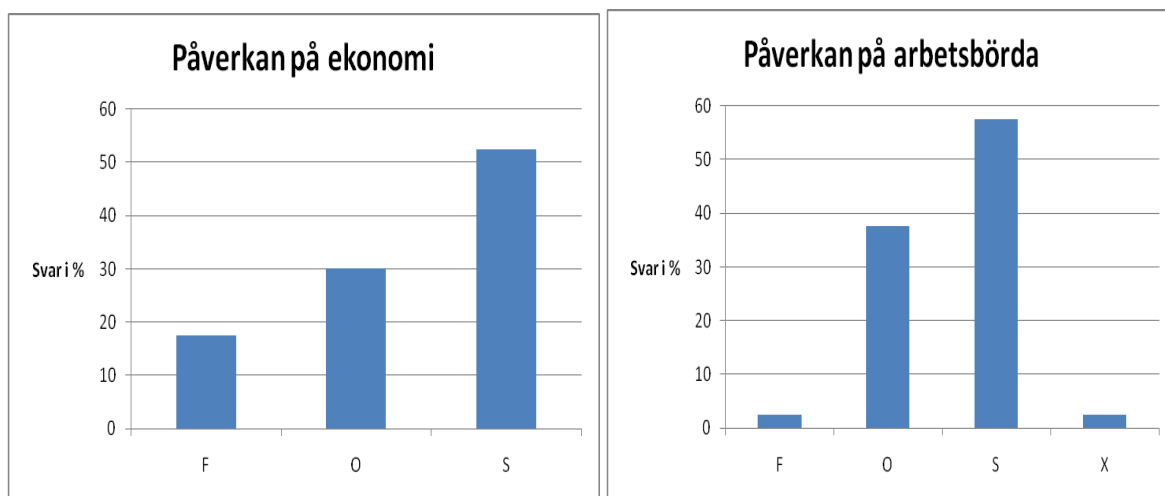
Tabell 3, Hur är din inställning till HSN respektive HSNf vad gäller deras förståelse för verksamheten?

Som tidigare nämnts, tyder svaren på att åsikterna kring HSN:s respektive HSNf:s förståelse för verksamheten är kopplat till hur pass stort förtroende verksamhetscheferna har för respektive aktör. Även om ett större antal respondenter har uppgett att förtroendet varken är bra eller dåligt, visar svaren att 22,5 procent säger sig ha bra förtroende för HSN, medan motsvarande siffra för HSNf är 35 procent.



Tabell 4, Hur är ditt förtroende för HSN respektive HSNf?

F = Förbättrat O = Oförändrat S = Sämre X = Vet ej

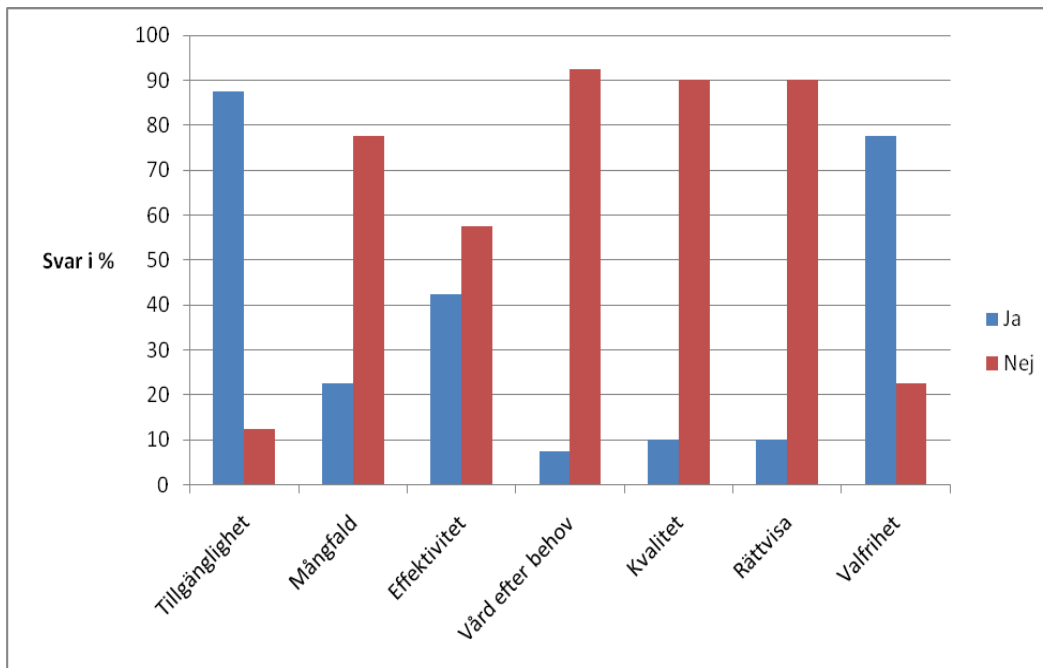


Tabell 5, Hur har ersättningssystemet i VVS påverkat vårdcentralen vad gäller ekonomi respektive arbetsbörda?

Tabell 5 visar att 21 stycken verksamhetschefer, 52,5 procent, uppger att ekonomin på deras vårdcentral blivit sämre i och med införandet av det nuvarande ersättningssystemet. Även arbetsbördan har påverkats till det sämre, enligt 57,5 procent. Endast en person uppger att det förändrats till det bättre, medan resten anser att det är oförändrat, bortsett från en person som inte vet.

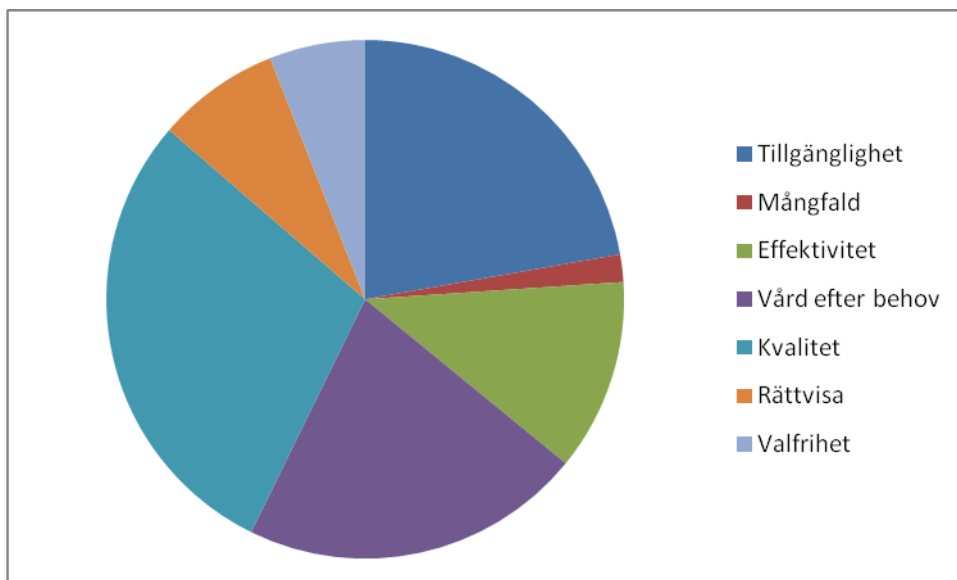
”Tack vare det nya ersättningssystemet så har tillgängligheten ökat påtagligt!”

De flesta respondenter är överens om att tillgängligheten har ökat märkbart i och med det nya ersättningssystemet, och även valfriheten uppges ha förbättrats. Det är också dessa två mål som har varit Alliansens ledord vid införandet av ersättningssystemet i Vårdval Stockholm, vilket även intervjurespondenterna från majoriteten har framhållit. Det har talats mycket om vikten av att patienterna ska ha möjlighet att komma till vårdcentralen och träffa en läkare om de vill, och även att främja detta genom att låta patienterna lista sig vid vilken vårdcentral de själva önskar. I tabell 6 har enkätrespondenternas svar, gällande vilka mål som ersättningssystemet bidrar till att uppfylla, sammanställts och det framgår att verksamhetscheferna anser att både tillgänglighet och valfrihet har främjats, men att dessa två mål också är de enda som uppfyllts.



Tabell 6, Har ersättningssystemet i VVS bidragit till att uppfylla följande mål?

Verksamhetscheferna har även besvarat frågan gällande vilka av de ovanstående målen de upplever som de tre viktigaste, sammanställt i figur 3 nedan. Här återfinns tillgänglighet som ett viktigt mål, men även mål som kvalitet, vård efter behov och effektivitet. Vad gäller kvalitet, som ses som ett av de viktigaste målen, uppger 90 procent att det nuvarande ersättningssystemet inte bidrar till att uppfylla detta, likaså vad gäller vård efter behov, vilket framgår av tabell 6 ovan.



Figur 3, Vilka är de tre viktigaste målen inom hälso- och sjukvården?

KAPITEL SEX

6. Analys

I detta kapitel analyserar vi, med hjälp de valda teorierna, de resultat som vi har fått fram i undersökningen. Analysen är indelad i fyra rubriker, som var och en är kopplade till våra frågeställningar.

Ersättningssystemet – morot eller piska?

Agentteorin säger att politikerna (principalen) måste kontrollera och styra verksamhetens (agentens) beteende för att verksamheten ska sträva mot politikernas mål. Detta kan göras på en mängd olika vis, till exempel, som Hadi och McBride (2000) skriver, genom regler och incitament. I ersättningssystemet kan man återfinna både ett omfattande regelverk och styrning mot vissa beteenden genom ekonomiska incitament. Den stora andelen rörlig ersättning ska stimulera ökad tillgänglighet genom att verksamheten får starka ekonomiska incitament att ta emot fler patienter. En av respondenterna från den politiska majoriteten, säger att det med en stor andel fast ersättning, som är vanligt i många andra landsting, är lika praktiskt för läkaren att låta bli att ta emot patienter, eftersom vårdcentralen får ersättning ändå. ”Det är ett styrmedel, och man kan tycka att så gör ju inga läkare ändå, att de struntar i att ta emot patienter, men det gör de ju faktiskt visst det”, säger han. Han säger även att läkarna behöver styras, och att om de ekonomiska incitamenten inte är rätt kommer läkarna att välja att lägga fokus på andra saker än att ta emot patienter. Här finns en kluvenhet i synen på vårdverksamheten som, å ena sidan, i enlighet med agentteorin, beskrivs som i behov av styrning för att sträva åt rätt håll, och å andra sidan som ”oerhört moraliska personer som brinner för att hjälpa patienter” och med en stark läkaretik.

Vårdverksamheten upplever att de i stor utsträckning styrs av ersättningssystemet, och då främst genom ekonomiska incitament. Det är ersättningssystemet som sätter ramarna för arbetet, och verksamheten anpassas efter det. Flera av de anpassningar som verksamheten har gjort är i linje med de intentioner som den politiska majoriteten har haft, till exempel infektionsmottagningarna där ett stort antal patienter tas emot på kort tid, vilket främjar tillgängligheten. Vi har dock även funnit exempel på hur verksamheten har gjort anpassningar som kan tänkas ogillas av politikerna utifrån ett kostnadsperspektiv. Till exempel berättar de på en vårdcentral att de har som princip att bara behandla en diagnos per besök, vilket innebär att patienter med flera åkommor får gå på flera besök. På så sätt kan vårdcentralen öka sina intäkter samtidigt som kostnaden för hälso- och sjukvården ökar. Dock verkar den politiska majoriteten tycka att detta är en acceptabel bieffekt av ersättningssystemet, kanske delvis på grund av att det även leder till fler patientbesök i statistiken, och därmed förstärker bilden av att tillgängligheten har ökat. I viss mån innebär detta en

nyttomaximering för bägge parter, då politikernas mål uppfylls samtidigt som vårdcentralen ökar sina intäkter. Även om vårdcentralernas primära nyttomaximering inte yttrar sig i att generera pengar, är ökade intäkter en viktig del i detta, eftersom det ger dem ökade resurser som gör det möjligt att bedriva vård, vilket i analysmodellen (figur 1, kapitel tre) benämns som handling.

Bägge respondenterna från tjänstemannasektorn (förvaltningen), talar om att det är viktigt att komma ihåg att det inte bara är ekonomiska incitament som styr, utan att känslan av att göra ett bra jobb och upplevelsen av att kunna utveckla sin verksamhet kan vara viktiga incitament i sig. Sett utifrån den analysmodell uppsatsen grundar sig på, skulle detta kunna beskrivas som att själva möjligheten till nyttomaximering, som i vårdverksamhetens fall är kopplat till handling, är ett incitament och skulle därmed kunna ses som ett sorts styrmedel. Detta kan sedan länkas till ersättningssystemet genom en ökad andel målrelaterad ersättning. På så sätt har ekonomiska incitament utformats utifrån vad som motiverar vårdverksamheten. Genom att tjänstemännen uppfattar detta, minskas informationsasymmetrin mellan dem och vårdverksamheten, och i och med detta maximeras nyttan för de båda. Tjänstemännens nyttomaximering skulle, med andra ord, kunna tänkas bestå i att utforma förslag som godkänns på politisk nivå och uppfyller de mål som sats, och som samtidigt motiverar vårdverksamheten. De är alltså i viss utsträckning beroende av de båda andra aktörernas godkännande, och då främst politikernas.

Bra eller dåligt – en definitionsfråga

Respondenterna för Alliansen vidhåller att ersättningssystemet trots allt, inte har slagit orättvist, utan att ”man får tänka sig lite gungor och karuseller, har du en lättare där och en tyngre där så har vi ett snitt”. Det vill säga, de korta, enkla besöken ger möjlighet att kunna ta längre besök också. Detta, som i Brunsson (1986) benämns som ”prat”, skiljer sig från de beslut som fattats. Även om respondenterna från Alliansen i intervjuerna uttrycker att det inte blivit några större fel med ersättningssystemet och att det inte slagit fel, har de fortfarande fattat beslutet om att ersättningssystemet ska ses över och utvecklas för att ta hänsyn till olika socioekonomiska grupper. Detta skulle kunna ses som en sorts politisk nyttomaximering, som kan nås genom beslutsfattande. Även om Alliansen uppfyllt tillgänglighetsmålet och säger sig vara nöjda med ersättningssystemet, gynnar det dem att visa att de är villiga att bemöta den kritik som uppkommit, för att öka chansen till att bli omvalda och för att genom sådana beslut vinna legitimitet. Detta är kanske extra viktigt då åsikterna gällande hur stora förändringar som ska genomföras skiljer sig åt. En av respondenterna från Alliansen talar om att ”det ingår i modellen att göra uppföljningar och förändringar, det är inget nederlag att det måste justeras. Det vet man måste göras eftersom förutsättningarna förändras” och säger även att ”alla vet vilka ersättningar som gäller och kan förutsätta att det inte blir några större förändringar, utan bara mindre justeringar”. Samtidigt talar

respondenterna från verksamheten och oppositionen om ett, i princip, nytt ersättningssystem. Det kan dock tänkas, att eftersom Alliansen, som Borgenhammar (1984) beskriver, legitimerar sig genom ”prat”, då ogärna vill erkänna eventuella större brister i det ersättningssystem de utformat, eftersom det skulle kunna leda till minskad legitimitet och minskat förtroende.

Just förtroende, kan tänkas vara väldigt viktigt för politiker, eftersom det delvis är målet med deras prat och beslut, och är det som kan leda vidare till omval. Som det tidigare illustrerats i analysmodellen (figur 1, kapitel tre), är den politiska organisationen frikopplad från handling, vilket gör att en del av deras nyttomaximering istället går via tjänstemännens handling. För att utforma ett så bra ersättningssystem som möjligt, och på så sätt skapa förtroende hos allmänheten, är de beroende av tjänstemännens kunskap om vad som är genomförbart, och vårdverksamhetens förmåga att ge vård. I förlängningen krävs det att landstinget som organisation kan gå från prat, till beslut och handling för att vinna legitimitet.

Antagandet i agentteorin är, som sagt, att alla parter vill maximera sin nytta (Saam, 2007). I politikernas fall vill de dels maximera nyttan för allmänheten eftersom detta är det politiska uppdraget, och dels för sig själva, genom att öka sina chanser att bli omvalda.

Något som försvårar detta är att, som det beskrivs Gauld (2007), ofta råder en informationsasymmetri mellan de olika parterna. Politikerna och vårdverksamheten har ofta olika perspektiv på vad som menas med att ”maximera nyttan” och vems nytta det är som maximeras. En verksamhetschef uttrycker det som så att ”en politiker är rik och frisk, deras kontaktnät är rika och friska”, och menar med detta att politikerna saknar förståelse för vad andra grupper behöver. Ett exempel som tas upp är frågan om tolkersättning; någonting som av våra respondenter från majoriteten ses som ett sätt att kompensera för den extra tid som behövs. Verksamhetschefen i ett av de mest utsatta områdena kontrar med att det inte bara handlar om en språklig barriär, utan ofta om skillnader i synen på kropp och hälsa. ”De får ont någonstans och då vet de att när någon hade ont på här stället, då dog han inom 14 dagar, men det är ju svårt för mig att förstå, varför du är så rädd över en alldeles ofarlig åkomma”, säger hon.

Detta kan kopplas till enkätsvaren där det framkommit att det är relativt stor skillnad mellan synen på den kunskap HSN har om vården jämfört med vad respondenterna anser om deras förståelse för verksamheten. Under intervjuerna har verksamhetscheferna ansett att politikerna i HSN är pålästa och kunniga, men däremot har alla respondenter även uppgett att deras *förståelse* för verksamheten är otillräcklig. Detta anses inte vara en kunskap som går att läsa sig till, utan istället krävs en direktkontakt med verksamheten för att förstå hur det dagliga arbetet går till. Först då, anser respondenterna på verksamhetsnivå, att de på politisk nivå kan förstå konsekvenserna av de mål och förändringar de vill genomföra. Politiker måste ha tillräcklig kunskap om vårdverksamheten och deras situation för att kunna förstå vad som motiverar dem. Detta kan ses som ett tydligt exempel

på att det krävs handling, inte bara prat och beslut, för att inge förtroende hos vårdverksamheten. På detta sätt kan de, som Rombach (1990) skriver, vinna legitimitet.

Vilka mål är viktigast?

I våra intervjuer har det framkommit att samtliga respondenter bedömer att tillgängligheten visserligen har förbättrats, men ett flertal anser att detta delvis har skett på bekostnad av andra värden, till exempel vård efter behov. Det är framför allt de vårdcentraler som ligger i socioekonomiskt svaga områden som upplevt detta problem. Eftersom patienterna på dessa vårdcentraler kräver mer tid, har de känt sig tvingade att göra anpassningar. Bland annat har infektionsmottagningar öppnats, patienterna behandlas för en diagnos per besök och läkarna tar besök som egentligen skulle kunna ha skötts av en sköterska.

60 procent av enkätrespondenterna uppger *vård efter behov* som ett av de tre viktigaste målen, men endast sju procent menar att det nuvarande ersättningssystemet bidrar till att uppfylla det målet. Vidare har hela 85 procent uppgett *kvalitet* som ett av de viktigaste målen. Här är det däremot endast tio procent som tycker att det målet uppnås.

Vad gäller *tillgänglighet*, tycker 85 procent att det nuvarande ersättningssystemet främjar detta och 65 procent har också uppgett att det är ett av de tre viktigaste målen. Politikernas tillgänglighetsmål ses alltså även av alla våra intervjurespondenter som något väldigt positivt och något som uppfyllts, det vill säga som faktiskt gått hela vägen till handling. Däremot anses det ha hamnat i fokus på bekostnad av flera andra viktiga mål, som inte kommit längre än till prat eller i vissa fall beslut, exempelvis beslut om utredning för anpassning efter socioekonomiska faktorer.

Till viss del strävar alla aktörer åt samma håll, det vill säga, innebörden i deras nyttomaximering överensstämmer till viss del, som i fallet med ökad tillgänglighet. Det som däremot gör att utvecklingen av ersättningssystemet rör sig framåt, är att aktörerna i mångt och mycket, strävar åt olika håll då nyttomaximeringarna skiljer sig åt. Även om vårdverksamheten ställer sig positiv till den ökade tillgängligheten, talar intervjurespondenterna främst om behovet av att återinföra den socioekonomiska viktningen, eftersom detta skulle leda till ökad nyttomaximering för dem. För vissa vårdcentraler skulle det yttra sig i att de gynnas resursmässigt och då har större möjlighet att bedriva en god vård, men även flera av de vårdcentraler som i enkätsvaren uppgett att de inte skulle gynnas av den socioekonomiska viktningen har uppgett att den ändå borde införas, då det skulle leda till en mer rättvis resursfördelning. I det sistnämnda fallet kan nyttomaximeringen ses som en gemensam strävan mot att bedriva god vård. På så sätt hamnar visserligen de negativa aspekterna i fokus, men detta gör också att det kontinuerliga målet blir att förbättra, vilket i längden är positivt för alla aktörer då verksamheten utvecklas. Om alla aktörer istället strävade åt precis samma håll, skulle utvecklingen visserligen kunna röra sig framåt i en snabbare takt, men med risken att

nackdelar inte uppmärksammades i lika stor utsträckning. Då flera aktörers perspektiv tas hänsyn till, kan utvecklingen istället bli mer mångsidig.

I mål eller ej med nuvarande ersättningssystemet?

Teorin om prat, beslut och handling, som bland annat beskrivs i Brunsson (1986), säger att politiker ofta blir måltavlor för de krav som ställs från olika håll. Eftersom de blivit valda av medborgarna anses de ha en skyldighet att föra medborgarnas talan och förändra till det bättre. Detta kan även leda till att de i många fall får skulden för de brister som finns i samhället, även om de inte haft möjlighet att påverka detta. Brister inom olika områden förknippas ofta med brister i politisk handling, och det kan vara en av anledningarna till att missnöjet över ersättningssystemet även leder till ett missnöje med politikerna, där många anser att de inte gör tillräckligt.

Det görs en distinktion mellan ”prat” och ”handling”, där politikerna kan kopplas till ”prat” och tjänstemännen till ”handling”, då de står för det faktiska utformandet för ersättningssystemet, även om det är politikerna som sätter ramarna. Att fler av enkätrespondenterna har större förtroende för HSNf än för HSN, 37 procent jämfört med 21 procent, kan bero på just denna uppdelning, det vill säga att de som står för utformandet och själva ”handlingen” får mer förtroende då de uppfattas som mer konkreta. ”Pratet”, som politikerna står för, kan då istället uppfattas som tomma löften och stora ord som inte leder till någonting. Som tidigare nämnt, blir det viktigt för politikerna att då ha en ständig dialog med tjänstemännen och att ta hänsyn till deras åsikter, för att ”handlandet” ska få positivt genomslag inom vårdverksamheten. På detta sätt skulle politikerna kunna maximera sin nytta, via tjänstemännens handling. Det är dock, i de flesta fall, oftast inte så det går till, eftersom politikerna samtidigt vill fatta beslut som får snabb genomslagskraft.

När det gäller frågan vad som ska uppnås med ersättningssystemet återkommer distinktionen mellan prat, beslut och handling. På politikernivå finns större visioner, och det talas mycket om framtiden, även om det primära målet med just ersättningssystemet i Vårdval Stockholm är förbättrad tillgänglighet. De tjänstemän vi talat med, är mer inriktade på handling, och vad som är praktiskt genomförbart i dagsläget. En av tjänstemännen uttrycker det som så att: ”de [politikerna] vill kanske få ett tydligare, vad ska man säga, ett ännu bättre styrinstrument än vad som är praktiskt möjligt. Men det är väl där kommunikationen är viktig hela tiden... att den finns. Det är väl egentligen där som det krockar tror jag.”

Bägge respondenterna från tjänstemannasektorn tror att det kan vara eftersträvansvärt för alla parter med stabilitet i ersättningssystemet. Alla intervjuade verksamhetschefer och ett flertal av dem som besvarat enkäterna uttrycker samma önskan. Det som efterfrågas är en kontinuitet, som ska göra det möjligt att lägga fokus på att bedriva vård, istället för att sätta sig in i och anpassa sig efter de

förändringar som gjorts. Detta önskemål förutsätter dock att alla aktörer strävar åt samma håll och är överens om vilka målen är.

Att flera verksamhetschefer nu uttrycker missnöje med det nuvarande ersättningssystemet, tyder på att de inte anser sig ha maximerat sin nytta, nämligen att ge vård till dem i behov. Detta kan även vara kopplat till vilka förutsättningar de tycker sig ha för att maximera sin nytta, exempelvis hur resurserna fördelas. Flera respondenter från vårdverksamheten, både de som intervjuats och de som besvarat enkäten, har uppgett att de gärna skulle se ett återinförande av socioekonomisk viktning. Detta är någonting som skulle kunna öka deras känsla av att ha möjlighet att maximera sin nytta, då de skulle ha resurser för att ge vård till dem som är mest i behov av den. Även på tjänstemannanivå har denna fråga kommit upp och en av tjänstemännen säger att ” de tyngre [områdena] där det finns många multisjuka och där besöken tar längre tid, där får man samma ersättning som i de områden där man kan ta lättare patienter oftare, och det är ju klart någonting man hoppas på att man kan justera lite, förändra det.” Eftersom tjänstemannaorganisationen, liksom vårdverksamheten, är, vad Brunsson (1986) kallar, en handlingsorganisation och sägs ha en mer frekvent kontakt med verksamheten, kan de tänkas ha uppfattat detta önskemål som, om det uppfylls, även skulle kunna vara ett bra incitament till att bedriva bra vård. Då tjänstemännens uppgift är att utforma ett välfungerande ersättningssystem, underlättar det om de som påverkas är nöjda. Genom att utforma ett system där vårdverksamheten känner att de kan maximera sin nytta, kan tjänstemännen även maximera sin egen nytta, vilket de gör om ersättningssystemet anses som välfungerande.

Att resurserna inte fördelas optimalt kan bero på negativt urval, vilket Gauld (2007) förklarar med informationsasymmetri, det vill säga att det på politikernivå inte finns tillräcklig kunskap om vad som kräver mest resurser och att de därmed fördelas fel. Det kan även bero på att politikerna premierar de mål de själva satt upp, och genom besluten de fattar främst främjar sin egen nyttomaximering. Ett mål som exempelvis tillgänglighet, kan ses som relativt enkelt att uppfylla vilket är till politikernas fördel eftersom de då kan visa på att de gått från prat och beslut, till handling, vilket enligt Rombach (1990) i längden är nödvändigt för att en organisation ska kunna vinna legitimitet.

KAPITEL SJU

I slutsatsen besvarar vi de frågeställningar som legat till grund för uppsatsen. Kapitlet avslutas med förslag till fortsatt forskning, där vi tar upp infallsvinklar som vi funnit intressanta under arbetets gång, men inte haft möjlighet att inkludera i denna uppsats.

7.1 Slutsatser

Vilka mål anser respektive aktör vara de viktigaste att uppnå för hälso- och sjukvården, och i vilken utsträckning anser de att det nuvarande ersättningssystemet bidrar till att dessa mål nås?

Förbättrad tillgänglighet ses som ett viktigt mål av samtliga aktörer. Det råder också stor enighet kring att det nuvarande ersättningssystemet har bidragit till att förbättra tillgängligheten, och detta ses som något positivt. Däremot ses det inte som det viktigaste målet av alla aktörer. Oppositionen anser att det är viktigare med rättvis vård och vård efter behov och att tillgänglighetsmålet har premierats på bekostnad av dessa viktigare mål. Även för verksamhetscheferna hamnar flera mål över tillgängligheten på prioriteringslistan, bland annat vård efter behov och kvalitet. Dessa mål är det dock endast en liten andel av verksamhetscheferna som anser att ersättningssystemet bidrar till att uppnå.

Att de olika aktörerna premierar olika mål, kan dels förklaras med att de alla strävar efter att maximera sin egen nytta, men också med att det råder informationsasymmetri aktörerna emellan. Politikerna har inte alltid tillräcklig kunskap om hur vårdverksamheten fungerar, eller vad som är möjligt för tjänstemännen att inkludera i ett ersättningssystem. Tjänstemännen å andra sidan, sägs visserligen ha mer kunskap om vårdverksamheten än politikerna, men trots det inte tillräcklig.

Vad har de olika aktörerna för inställning till det nuvarande ersättningssystemet?

Den politiska majoriteten uttrycker stor tillfredsställelse med det nuvarande ersättningssystemet. ”Jag skulle till och med säga att det är ett så bra system som någon har någonsans”, som en av dem säger. De förändringar som kommer att göras framöver i ersättningssystemet sägs, enligt Alliansen, vara mindre justeringar. Samtidigt kritiserar respondenten från oppositionen och flera av verksamhetscheferna ersättningssystemet för att vara orättvist och slå hårt mot vårdcentraler i redan utsatta områden, och menar att det krävs större förändringar för att rätta till de nuvarande problemen. Det som främst kritiseras är det faktum att samma ersättning utgår, oavsett patientens diagnos eller hur lång tid besöket tar, och avsaknaden av hänsyn till socioekonomiska faktorer. Detta sägs gynna socioekonomiskt starka områden och missgynna socioekonomiskt svaga. Denna

åsiikt delas inte av Alliansen, som istället anser att de korta besöken väger upp för de längre och att det i slutändan jämnar ut sig. Även de tjänstemän vi talat med uttrycker att det skulle vara önskvärt att ersättningssystemet tar hänsyn till socioekonomiska aspekter.

Eftersom politiker legitimerar sig genom prat och beslut, vill den politiska majoriteten ogärna uttrycka missnöje över det ersättningssystem de utformat, eftersom det skulle framställa dem i dålig dager. Samtidigt som de går ut med att de är nöjda, har de fattat beslut om en granskning som tar hänsyn till den kritik som både opposition och vårdverksamhet kommit med. På sätt kan de maximera sin framtida nytta, genom att visa sig villiga att ta till sig kritik och förbättra.

Hur ser respektive aktör på ersättningssystemet som styrmedel?

Politikerna uttrycker att det finns ett behov av ekonomiska incitament och regler för att styra verksamheten mot de uppställda målen, och de menar att ersättningssystemet är ett bra och viktigt styrmedel. I det nuvarande ersättningssystemet finns det starka ekonomiska incitament för vårdcentralerna att ta emot så många patienter som möjligt, vilket styr vårdverksamheten att arbeta mot tillgänglighetsmålet. Något som Alliansen är nöjda med då det främjar tillgänglighetsmålet. Tjänstemännen framhåller istället vikten av andra incitament än de rent ekonomiska, och vill istället se en styrning som är mer inriktad på resultat och måluppfyllnad, och som stimulerar vårdens möjligheter att utveckla den egna verksamheten. Verksamhetscheferna upplever det nuvarande ersättningssystemet som väldigt fokuserat på ekonomiska incitament, och att det i stor utsträckning styr hur vårdcentralen lägger upp sin verksamhet, eftersom de är beroende av den ersättning som betalas ut.

Alla tre aktörer strävar efter att maximera sin nytta, vilket gör att deras prioriteringar i viss utsträckning skiljer sig åt. Politikerna, som främst uttrycker sig genom prat och beslut, ser ersättningssystemet som ett bra styrmedel eftersom det får vårdverksamheten att sträva åt det håll de önskar. I viss mån kan tjänstemännen sägas ha hamnat i kläm mellan de båda andra aktörerna, detta eftersom de ska utforma ett ersättningssystem som uppfyller de politiska målen, samtidigt som det ska fungera i verksamheten. Deras uppgift är, med andra ord, att omvandla prat och beslut till handling. Verksamhetscheferna upplever dock att ersättningssystemet inte alltid återspeglar hur det fungerar i praktiken och att det inte finns tillräcklig förståelse för deras verksamhet och hur de beslut som fattas egentligen påverkar. När de ekonomiska incitamenten hamnar i fokus, tvingas de många gånger omprioritera och göra Anpassningar, vilket gör att de inte ges möjlighet full nyttomaximeringen; att enbart bedriva vård.

7.2 Förslag till fortsatt forskning

Denna uppsats har begränsats till att enbart undersöka tre aktörsgrupper; politiker, tjänstemän och vårdverksamheten. Andra eventuellt viktiga grupper som kan vara intressanta för framtida uppsatser att undersöka är medborgarna eller patienterna. Det kan dock vara svårt att undersöka hur dessa förhåller sig till ersättningssystemet eftersom ett flertal i dessa grupper antagligen inte känner till vad ett ersättningssystem är för något.

Under arbetet med uppsatsen har det vid ett flertal tillfällen framkommit att det finns ett missnöje med landstinget som organisationsform bland verksamhetscheferna. Några har till och med uttryckt att de anser att landstinget borde skrotas. Ett intressant framtida uppsatsämne skulle kunna vara att undersöka om det finns ett samband mellan missnöje med landstinget som organisation och missnöje med ersättningssystemet.

Alliansen i Stockholms läns landsting har tillsatt en utredning, NEMO, med målet att förändra ersättningssystemet den 1 januari 2011. Meningar går isär när det gäller hur stora förändringar det egentligen planeras för; från mindre justeringar till ett helt nytt ersättningssystem. På några års sikt skulle det vara intressant att undersöka effekterna och konsekvenserna av dessa förändringar, och verksamhetschefernas inställning till dessa.

Slutligen skulle det även vara intressant att göra en komparativ studie mellan Stockholms läns landsting och exempelvis Region Skåne eller landstinget i Halland, som båda har ett ersättningssystem som skiljer sig markant från det i Stockholm.

KAPITEL ÅTTA

8. Referenser

Artiklar

- Carlsson, L., Börjesson, U. & Edgren, L. (2002) Patient based "burden-of- illness" in Swedish Primary Health Care. Applying the Johns Hopkins ACG Case-mix in a retrospective study of electronic patient records. *International journal of health planning and management*, 17, 269–282.
- Custers, T., Hurley, J., Klazinga, N.S. & Brown, A.D. (2008) Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Service Research*, 8(66), 1-14.
- Eisenhardt, K.M. (1989) Agency Theory: An Assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57-74.
- Edwards, R.T. (2001) Paradigms and Research programmes: Is it time to move from Health Care Economics to Health Economics? *Health Economics*, 10, 635-649.
- Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2000) Effects of performance-based reimbursement in health care. *Scand J Public Health*, 28, 102-110.
- Gauld, R. (2007) Principal-agent theory and Organisational Change. Lessons from New Zealand health information management. *Policy Studies*, 28(1), 17-34.
- Gerdtham, U.-G., Rehnberg, C. & Tambour, M. (1999) The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden. *Applied Economics*, 31, 935-945.
- Grumbach, K., Osmond, D., Vranzian, K., Jaffe, D. & Bindman, A.B. (1998) Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems. *The New England Journal of Medicine*, 339(21), 1516-1521.
- Hadi Z.A. & McBride N. (2000) The commercialisation of public sector information within UK government departments. *The International Journal of Public Sector Management*, 13(7), 552-570.
- Hood, C. (1995) The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109.

- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Rae, D. (2005) Getting better value for money from Sweden's healthcare system. *OECD; Economics Department; Working Papers, 443*, OECD Publishing.
doi:10.1787/082725005676.
- Rosén, P. & Karlberg, I. (2002) Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Blackwell Science Ltd Health Expectations*, 5, 148-155.
- Saam, N.J. (2007) Asymmetry in information versus asymmetry in power: Implicit assumptions of agency theory? *The Journal of Socio-Economics*, 36, 825-840.
- Siverbo, S. (2004) The Purchaser Provider Split in Principle and Practice; Experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*; 401-420.

Böcker

- Almqvist, R. (2006). *New public management- om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber AB.
- Alvesson, M. & Skoldberg, K. (1994) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Bartlett, W. & Le Grand, J. (1993) *Quasi Market and social policy*. London: Macmillan Press.
- Borgenhammar, E. (1984) *Leda lagom - Om ledarskap i kommuner och landsting*, Stockholm: Liber Förlag.
- Brunsson, N. (2002) *The Organization of Hypocrisy*, Malmö: Liber Ekonomi
- Brunsson, N. (1986) Politik, ekonomi och rationalitet. I: N. Brunsson (red.) *Politik och ekonomi* (s. 9-17). Lund: Doxa Ekonomi
- Brunsson, N. (1986) Politik och handling. I: N. Brunsson (red.) *Politik och ekonomi* (s. 19-49). Lund: Doxa Ekonomi
- Bryman, A. (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*, Malmö: Liber AB.
- Dahmström, K. (2005) *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*, 4th edition, Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, R. (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen*, Lund: Studentlitteratur.
- Lundahl, U. & Skärvad, P-H. (1992) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*, Lund: Studentlitteratur.
- Ahlbäck Öberg, S. (2003) Förvaltning och revision. I: I. Mattson & O. Pettersson (red.) *Svensk författningsspolitik* (s. 148-162). Stockholm: SNS förlag
- Patel, R. & Davidson, B. (1994) *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, Lund: Studentlitteratur.

- Patel, R. & Tebelius, U. (1987) *Grundbok i forskningsmetodik*, Lund: Studentlitteratur.
- Rombach, B. (1990) Framgång till priset av styrning – reformen Aktivt landsting. I:
N. Brunsson & J.P. Olsen (red.), *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Rudestam, K. E. & Newton, R. R. (1992) *Surviving your dissertation: a comprehensive guide to content and process*, California: Newbury Park.
- Ryan, B., Scapens, R. & Theobald, M. (2002), *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* (2:a upplagan). London: Thomson.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2007), *Research Methods for Business Students* (4:e upplagan). Harlow: Financial Times/Prentice Hall.

Muntliga källor

- Intervju med verksamhetschef på vårdcentral västerort 2009-10-22
- Intervju med verksamhetschef på vårdcentral söderort 2009-10-26
- Intervju med två politiska tjänstemän (landstingsrådssekreterare) på HSN från Kristdemokraterna 2009-10-27
- Intervju med tjänsteman på HSNf 2009-10-27
- Intervju med politisk tjänsteman (landstingsrådssekreterare) på HSN från Moderaterna 2009-10-29
- Intervju med tjänsteman från Avdelningen för vårdinformatik 2009-11-05
- Intervju med politisk tjänsteman (landstingsrådssekreterare) på HSN från Socialdemokraterna 2009-11-11
- Intervju med verksamhetschef på vårdcentral västerort 2009-11-11
- Intervju med verksamhetschef på vårdcentral Stockholms innerstad 2009-11-13

Rapporter

- Anell, A. (2009) Vårdval i primärvården – jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds Universitet. Tillgänglig på Internet: <http://www.skl.se/artikel.asp?A=61318&C=497> [Hämtad 2009-09-24]
- Calltorp, J. (2008) Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter. Rapport från SKL. Tillgänglig på Internet: http://brs.skl.se/publikationer/index.jsp?http://brs.skl.se/publikationer/publdoc.jsp?searchpage=katasearch.jsp&db=KATA&from=1&toc_length=20&currdoc=1&search_titn=%2239234%22 [Hämtad 2009-09-24]
- Delrapport 1. (Mars 2009) Framtidens hälso- och sjukvård. Långtidsutredning om sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025. Rapport från SLL.

Jacobsson, F. (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. CMT Linköpings Universitet. Tillgänglig på Internet: <http://www.ep.liu.se/ea/cmt/2007/002/cmt07002.pdf> [Hämtad 2009-09-24]

Jacobsson, F. & Lindvall, S. (2008) Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer. Rapport från SKL. Tillgänglig på Internet: http://brs.skl.se/publikationer/index.jsp?http://brs.skl.se/publikationer/publdoc.jsp?searchpage=katasearch.jsp&db=KATA&from=1&toc_length=20&currdoc=1&search_titn=%2239235%22 [Hämtad 2009-09-24]

Övriga källor

Grujic, M. & Gundel, I. (2009), Avskaffandet av revisionsplikten – Hur påverkas kreditgivningen? Forskningsmetoder i redovisning och finansiering, Stockholms Universitet.

Läkartidningen (2009-07-07) När Mammon tillåts styra vården. Tillgänglig på Internet:

<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12387> [Hämtad 2009-10-27]

Regelbok för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård 2009 (Tillgänglig på Uppdragsguiden,

<http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Regelbocker-2009/Regelbok-for-huslakarverksamhet-och-basal-hemsjukvard-2009/>)

Svenska Dagbladet brännpunkt (2008-03-09) Vårdval Stockholm måste skrotas. Tillgänglig på

Internet: http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/vardval-stockholm-maste-skrotas_955239.svd [Hämtad 2009-10-27]

Svenska Dagbladet brännpunkt (2008-06-30) Vad döljer Filippa Reinfeldt?. Tillgänglig på Internet:

http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/vad-doljer-filippa-reinfeldt_1416319.svd [Hämtad 2009-10-27]

Sveriges Läkarförbund (2009) Vårdval i primärvården – hur bör det utformas? Tillgänglig på

Internet: <http://www.slf.se/templates/Page.aspx?id=27463> [Hämtad 2009-10-01]

Bilagor

Bilaga 1 – Enkät

1) Vilken driftsform har er vårdcentral?

Landsting/Region Privat, vårdavtal

2) Hur skulle du i huvudsak placera patienterna vid din vårdcentral med avseende på följande faktorer?

	Låg	Mellan	Hög	Vet ej
Ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkomstnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utbildningsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andel utlandsfödda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

3) Hur har ersättningssystemet i Vårdval Stockholm påverkat din vårdcentral när det gäller följande faktorer?

	Förbättrat	Oförändrat	Till det sämre	Vet ej
Ekonomiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsbörda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrativt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetets kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

4) Hur skulle ett inslag av socioekonomisk viktning i ersättningssystemet påverka ekonomin vid din vårdcentral?

Till det bättre Oförändrat Till det sämre

Kommentar:

5) Hur viktigt anser du att det är, att ett ersättningssystem är baserat på följande faktorer?

	Mycket viktigt	Ganska viktigt	Varken eller	Inte så viktigt	Inte alls viktigt
Antal besök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måluppfyllnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åtgärder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vårdtyngd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socioekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

6) Har frekvensen korta besök förändrats vid din vårdcentral med Vårdval Stockholm?

Ja, ökat mycket Ja, ökat något Nej Ja, minskat

7) Har du hört att frekvensen korta besök förändrats på andra vårdcentraler med Vårdval Stockholm?

Ja, ökat Nej Ja, minskat

Kommentar:

8) Har frekvensen återbesök förändrats på din vårdcentral?

Ja, ökat mycket Ja, ökat något Nej Ja, minskat

9) Har du hört att frekvensen återbesök har ändrats på andra vårdcentraler?

Ja, ökat Nej Ja, minskat

Kommentar:

10) Hur är din inställning till politikerna, vad gäller:

	Bra	Varken eller	Dåligt
Ditt förtroende för HSN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deras kunskap om vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deras förståelse för verksamheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deras informationsförmedlande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

11) Hur är din inställning till tjänstemännen, vad gäller:

	Bra	Varken eller	Dåligt
Ditt förtroende för HSNf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deras kunskap om vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deras förståelse för verksamheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deras informationsförmedlande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

12) Hur viktigt tycker du det är, att ersättningssystemet bidrar till att uppnå följande mål för hälso- och sjukvården?

	Mycket viktigt	Ganska viktigt	Varken eller	Inte så viktigt	Inte alls vktgt
Tillgänglighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mångfald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effektivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vård efter behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rättvisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valfrihet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

13) Vilka tre, av målen i fråga 12, anser du är viktigast?

1) 2) 3)

Kommentar:

14) Vilka av följande mål tycker du att ersättningssystemet i Vårdval Stockholm har bidragit till att uppfylla/förbättra?

<input type="checkbox"/> Tillgänglighet	<input type="checkbox"/> Effektivitet	<input type="checkbox"/> Valfrihet	<input type="checkbox"/> Kvalitet
<input type="checkbox"/> Mångfald	<input type="checkbox"/> Vård efter behov	<input type="checkbox"/> Rättvis vård	<input type="checkbox"/> Annat

Kommentar:

15) Upplever du att ni på vårdcentralnivå har möjlighet att påverka ersättningssystemets utformning och innehåll?

Ja Delvis Nej

Kommentar:

16) Övriga kommentarer:

Tack för din medverkan!

Bilaga 2 – Enkätvarssammanställning

Fråga 1: Landstingsdrivna 35 %, Privatägda 65 %

Fråga 2a: Hög ålder 32,5 %, Medelålders 62,5 %, Låg ålder 5 %

Fråga 2b: Hög inkomst 27,5 %, Medelinkomst 55 %, Låg inkomst 17,5 %

Fråga 2c: Högutbildade 37,5 %, Medelutbildade 45 %, Lågutbildade 17,5 %

Fråga 2d: Hög andel utlandsfödda 20 %, Medel andel utlandsfödda 32,5 %, Låg andel utlandsfödda 47,5 %

Fråga 3a: Förbättrat 17,5 %, Oförändrat 30 %, Sämre 52,5 %

Fråga 3b: Förbättrat 2,5 %, Oförändrat 22,5 %, Sämre 72,5 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 3c: Förbättrat 2,5 %, Oförändrat 37,5 %, Sämre 57,5 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 3d: Förbättrat 12,5 %, Oförändrat 45 %, Sämre 40 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 4: Till det bättre 30 %, Oförändrat 37,5 %, Till det sämre 25 %, Vet ej 7,5 %

Fråga 5:

	Mycket viktigt	Ganska viktigt	Varken eller	Inte så viktigt	Inte alls viktigt	Vet ej
Antal besök	30 %	55 %	7,5 %	7,5 %	-	-
Ålder	40 %	35 %	20 %	2,5 %	2,5 %	-
Måluppfyllnad	37,5 %	35 %	15 %	5 %	-	7,5 %
Kvalitet	65 %	17,5 %	7,5 %	-	-	10 %
CNI	15 %	12,5 %	10 %	10 %	7,5 %	45 %
ACG	17,5 %	12,5 %	5 %	10 %	10 %	45 %
Åtgärder	30 %	27,5 %	15 %	-	10 %	17,5 %
Resultat	45 %	22,5 %	7,5 %	7,5 %	-	17,5 %
Vårdtyngd	65 %	12,5 %	12,5 %	10 %	-	-
Socioekonomi	35 %	32,5 %	15 %	17,5 %	-	-

Fråga 6: Ja mycket 17,5 %, Ja något 47,5 %, Nej 35 %

Fråga 7: Ja ökat 75 %, Nej 5 %, Minskat 0 %, Vet ej 20 %

Fråga 8: Ja ökat mycket 5 %, Ja ökat något 22,5 %, Nej 65 %, Ja minskat 2,5 %, Vet ej 5 %

Fråga 9: Ja ökat 47,5 %, Nej 30 %, Minskat 5 %, Vet ej 17,5 %

Fråga 10a: Bra 22,5 %, Varken eller 57,5 %, Dåligt 17,5 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 10b: Bra 12,5 %, Varken eller 45 %, Dåligt 40 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 10c: Bra 10 %, Varken eller 37,5 %, Dåligt 50 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 10d: Bra 25 %, Varken eller 47,5 %, Dåligt 25 %, Vet ej 2,5 %

Fråga 11a: Bra 35 %, Varken eller 45 %, Dåligt 15 %, Vet ej 5 %

Fråga 11b: Bra 22,5 %, Varken eller 50 %, Dåligt 17,5 %, Vet ej 10 %

Fråga 11c: Bra 22,5 %, Varken eller 32,5 %, Dåligt 37,5 %, Vet ej 7,5 %

Fråga 11d: Bra 30 %, Varken eller 42,5 %, Dåligt 20 %, Vet ej 7,5 %

Fråga 12:

	Mycket viktigt	Ganska viktigt	Varken eller	Inte så viktigt
Tillgänglighet	62,5 %	32,5 %	5 %	-
Mångfald	42,5 %	37,5 %	17,5 %	2,5 %
Effektivitet	70 %	27,5 %	2,5 %	-
Vård efter behov	75 %	20 %	5 %	-
Kvalitet	77,5 %	20 %	2,5 %	-
Rättvisa	67,5 %	20 %	7,5 %	5 %
Valfrihet	45 %	35 %	17,5 %	2,5 %

Fråga 13: Tillgänglighet 65 %, Mångfald 2,5 %, Effektivitet 35 %, Vård efter behov 62,5 %, Kvalitet 85 %, Rättvisa 22,5 %, Valfrihet 15 %

Fråga 14:

	Ja	Nej
Tillgänglighet	87,5 %	12,5 %
Mångfald	22,5 %	77,5 %
Effektivitet	42,5 %	57,5 %
Vård efter behov	7,5 %	92,5 %
Kvalitet	10 %	90 %
Rättvisa	10 %	90 %
Valfrihet	77,5 %	22,5 %

Fråga 15: Ja 0 %, Delvis 10 %, Nej 90 %

Bilaga 3 – Intervjuteaman

2.1 Brev skickat till verksamhetschefer inför intervju

Vi kommer nedan kortfattat att beskriva ungefär vad vi vill diskutera. Vi vill påpeka att dessa punkter endast används som utgångspunkter och inte ska utgöra någon begränsning. Vi strävar efter att hålla en relativt öppen intervju med stor möjlighet för dig att påverka inriktningen utifrån det du anser vara viktigast.

Vi vill diskutera hur ersättningssystemet påverkar er i det dagliga arbetet på vårdcentralen och hur pass närvarande det är. Hur har implementeringen och information fungerat?

Vi vill även diskutera hur ett bra ersättningssystem skulle kunna utformas från vårdverksamhetens perspektiv. Vilka är målen? Vad innebär en effektiv sjukvård och en god vårdverksamhet för dig?

Slutligen vill vi tala om hur ni på vårdcentralsnivå förhåller er till de två andra nivåer som vi undersöker; politiker och tjänstemän? Hur ser era möjligheter att påverka ut? Hur fungerar kommunikationen?

2.2 Brev skickat till tjänstemännen inför intervju

Vi kommer nedan kortfattat att beskriva ungefär vad vi vill diskutera. Vi vill påpeka att dessa punkter endast används som utgångspunkter och inte ska utgöra någon begränsning. Vi strävar efter att hålla en relativt öppen intervju med stor möjlighet för dig att påverka inriktningen utifrån det du anser vara viktigast.

Vi vill diskutera förvaltningens roll i utformandet av ersättningssystemet. Hur pass stort inflytande har ni på ersättningssystemets utformande?

Vi vill diskutera din syn på hur ett bra ersättningssystem skulle kunna utformas från förvaltningens perspektiv. Vilka är målen? Vad innebär en effektiv sjukvård och en god vårdverksamhet för dig?

Slutligen vill vi tala om hur ni på tjänstemannanivå förhåller er till de två andra nivåer som vi undersöker; politiker och verksamheten? Hur ser era möjligheter att påverka ut? Hur fungerar kommunikationen?

2.3 Brev skickat till politiska tjänstemän inför intervju

Vi kommer nedan kortfattat att beskriva ungefär vad vi vill diskutera. Vi vill påpeka att dessa punkter endast används som utgångspunkter och inte ska utgöra någon begränsning. Vi strävar efter att hålla en relativt öppen intervju med stor möjlighet för dig att påverka inriktningen utifrån det du anser vara viktigast.

Vi vill diskutera politikens roll i utformandet av ersättningssystemet.

Vi vill diskutera politikens syn på hur ett bra ersättningssystem skulle kunna utformas. Vilka är målen? Vad innebär en effektiv sjukvård och en god vårdverksamhet för dig?

Slutligen vill vi tala om hur ni på politikernivå förhåller er till de två andra nivåer som vi undersöker; tjänstemännen och verksamheten? Hur fungerar kommunikationen? Hur pass stort inflytande har de på era beslut?

Bilaga 4 – SLL:s politiska organisation

