

Författare: Josefin Kihlgren, 21788
Cecilia Tollin, 21922

Handelshögskolan i Stockholm
Institutionen för redovisning och finansiering

Uppföljning inom ett vårdvalssystem

– En fallstudie av uppföljningen av husläkaruppdraget i Stockholms Läns Landsting

Evaluation systems within the Swedish primary healthcare system – a case study of the evaluation of primary healthcare contracts in Stockholm County Council

Abstract

This study aims to examine the effect the evaluation system used by the Stockholm County Council, has on how the healthcare providers themselves conduct the evaluation regarding their own operations. This is done through a qualitative case study of the evaluation systems of the Stockholm County Council and of four primary healthcare producers concerning one primary healthcare contract. The evaluation systems were analysed using Merchant and Ver der Stede's (2007) framework for different types of control. In order to give a more detailed picture this framework was complemented with different types of performance measurement. The evaluation that the Stockholm County Council conducts was found to have little influence on the providers own evaluation with the exception of the quality indicators that are rewarded with a monetary bonus.

Keywords: Healthcare, Management Control, Performance Measurement, Stockholm County Council

Kurs 639. Examensarbete
redovisning och finansiering
Kandidatuppsats VT 2013

Handledare: Ebba Sjögren

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte	2
1.3 Frågeställning	2
1.4 Avgränsning och definition	2
1.4.1 Avgränsning	2
1.4.2 Definition.....	3
2. Metod	4
2.1 Metodteori	4
2.2 Val av studieobjekt.....	4
2.3 Datainsamling.....	5
2.4 Validitet och reliabilitet.....	6
3. Teori	7
3.1 Teoretisk utgångspunkt	7
3.1.1 New Public Management	7
3.1.2 Principal-agent teori	7
3.2 Teoretiskt ramverk	8
3.2.1 Former av kontroll.....	8
3.2.1.1 Resultatfokuserad kontroll.....	8
3.2.1.2 Handlingsfokuserad kontroll	10
3.2.1.3 Personal- och kulturfokuserad kontroll	11
3.2.2 Resultatmätning.....	12
3.2.2.1 Kvantifierad och narrativ resultatmätning.....	12
3.2.2.2 Olika former av prestationsmått	12
4. Empiri.....	13
4.1 Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.....	13
4.1.1 Förfrågningsunderlaget.....	13
4.1.2 Uppföljning av nya mottagningar.....	15
4.1.3 Löpande uppföljning	15
4.1.4 Andra typer av utvärdering.....	17
4.2 Vårdleverantörer.....	18
4.2.1 Stockholms Läns Sjukvårdsområde	18
4.2.2 Legevisitten	20
4.2.3 Aleris	21
4.2.4 Praktikertjänst.....	22

5. Analys.....	25
5.1 Former av kontroll.....	25
5.1.1 Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.....	25
5.1.2 Vårdleverantörer.....	26
5.1.2.1 Avvikelser och ledningssystem	27
5.1.2.2 Stockholms Läns Sjukvårdsområde.....	28
5.1.2.3 Legevisitten	29
5.1.2.3 Aleris	30
5.1.2.4 Praktikertjänst.....	31
5.2 Resultatmätning.....	32
5.2.1 Kvantifierad eller narrativ resultatmätning.....	32
5.2.2 Olika former av prestationsmått	33
6. Slutsats	33
7. Förslag till framtida forskning.....	34
Källor.....	36
Skriftliga källor.....	36
Muntliga källor	38
Interna dokument.....	38
Appendix A – Citat.....	40
Appendix B – Intervjufrågor	41
Frågor till vårdleverantörer	41
Frågor till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.....	42

1. Inledning

1.1 Bakgrund

År 2008 genomfördes i Stockholms Län en vårdreform, Vårdval Stockholm, som har kommit att markant förändra hur vården bedrivs i länet. Vårdreformens syfte var att invånarna i länet själva skulle få välja husläkarmottagning efter egna önskemål och preferenser samt att öka tillgängligheten i vården (Uppdragsguiden, SLL, 2013). Sedan starten 2008 har Vårdvalet utökats och inkluderar idag 24 vårdområden och planeras att införas i ytterligare åtta områden i länet under 2013-2014 (Uppdragsguiden, Översikt Vårdval). Efter att Stockholms Län införde vårdval har beslut tagits att alla landsting i Sverige ska ha ett vårdvalssystem. Idag har samtliga län i Sverige genomgått likartade reformer för primärvården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012).

Reformen har inneburit att vårdleverantörer har fri etableringsrätt på de marknader som omfattas av vårdval under förutsättningen att de uppfyller de krav som beställaren Stockholms Läns Landsting, här efter benämnd SLL, sätter upp. Relationen med SLL regleras genom ett avtal parterna emellan. Brister leverantören i sin prestation tas rätten att bedriva vård ifrån dem (Uppdragsguiden, SLL, 2013). Sedan Vårdval Stockholm infördes har antalet vårdleverantörer ökat med cirka 22 % och tydligast är ökningen bland de privata aktörerna (Enhetschef, HSF).

Förutom de stora förändringar som Vårdvalet har inneburit för vårdleverantörer på marknaden har reformen även tydligt påverkat hur SLL måste agera som beställare. I SLL:s årsredovisning från 2011 beskrivs förändringen som följande: ”Fokus förskjuts från vårdavtalsförhandlingar och upphandlingar till att definiera uppdrag, prissätta sjukvårdstjänster och att följa upp levererade tjänster” (SLL, Årsredovisning, 2011).

Idag produceras en stor del av primärvården i Stockholm av privata aktörer, men enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det fortfarande landstinget som ansvarar för att medborgarna i landstinget har tillgång till en god hälso- och sjukvård. En fungerande uppföljning av den vård som produceras blir därför av yttersta vikt för att kunna försäkra sig om att kvalitén är tillfredställande.

1.2 Syfte

Den här uppsatsen fokuserar på att behandla den uppföljning som landstinget måste genomföra för att säkerställa levererandet av husläkaruppdraget, samt i vilken mån denna påverkar vårdleverantörernas uppföljning på en högre organisationsnivå. Uppföljningen går ut på att följa de verksamheter som skrivit på avtalet, att kontrollera vårdleverantörerna. Då betoningen ligger på att följa de resultat som har presterats kommer resultatfokuserad kontroll (se vidare under teoretiskt ramverk) att vara den huvudsakliga formen av kontroll som behandlas i uppsatsen. Detta kommer att kompletteras med andra former av kontroll för att ge en mer helhetlig bild av hur vårdleverantörer kontrolleras samt hur de kontrollerar sin egen verksamhet. För att gå djupare ner i resultatfokuserad kontroll kommer vi även att närmare studera den resultatmätning som används.

Grundtesen i studien är att vårdproducenterna bör ha anpassat den utvärdering de själva gör av sin verksamhet för att vara i linje med den utvärdering som Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, gör av leverantörernas verksamhet. Detta eftersom producenterna är beroende av att klara dessa utvärderingar för att visa att de uppfyller kraven i de avtal som krävs för att få bedriva vård.

1.3 Frågeställning

Utgångspunkten för studien är frågan: Hur anpassad är den uppföljning som vårdleverantörerna gör av sin egen verksamhet till den uppföljning Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör som beställare?

För att kunna besvara den frågan måste följande delfrågor besvaras:

- Hur säkerställer Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att vårdavtalet för husläkaruppdraget efterlevs?
- Hur följer vårdleverantörerna upp sin egen husläkarverksamhet på en högre nivå inom organisationen?

Svaren på dessa delfrågor jämförs sedan för att kunna besvara huvudfrågeställningen och eventuella skillnader förklaras i möjligaste mån. Vi försöker även se om det finns några skillnader i vilken sorts resultatmätning som används av HSF och respektive vårdleverantör.

1.4 Avgränsning och definition

1.4.1 Avgränsning

Olika system av vårdval har idag införts i samtliga av Sveriges landsting, dock finns det stora skillnader i vårduppdragens utformning samt hur uppföljning och ersättning utformas mellan

olika vårdvalssystem. Vi väljer därför att avgränsa oss till att undersöka hur uppföljningen går till i SLL. Med tanke på de stora skillnader som finns mellan de olika vårdvalssystemen hade en jämförelse av hur olika landsting hanterar frågan varit intressant, detta anses inte vara möjligt inom tidsramen för uppsatsen.

Vidare avgränsar vi oss till att undersöka husläkaruppdraget som omfattas av bestämmelserna i ”Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval: Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård”. Det uppdraget var ett av de första att omfattas av vårdval när detta infördes år 2008 och som är kärnan i många mottagningars verksamhet. I och med denna avgränsning undersöker vi endast den utvärdering som HSF samt vårdleverantörerna gör i samband med detta uppdrag. Övriga verksamheter som leverantörerna bedriver berörs inte.

Rollen som beställare i Stockholm ligger hos Stockholms Läns Landstings Hälso- och sjukvårdsnämnd, HSN, som består av folkvalda politiker. Ytterst är det HSN som är ansvarig för att det finns ett utbud av hälso- och sjukvård som motsvarar behovet i landstinget (SLL, 2012). HSF är den tjänstemannaorganisation som har till uppgift att utföra det som bestäms av HSN. Det innebär att HSF utformar de faktiska vårdavtalen, ersättningsmallarna och uppföljningsplanerna (Enhetschef, HSF). Vi väljer därför att begränsa oss till att studera hur HSF arbetar för att få en enhetlig och mer detaljerad bild av processerna och uppföljningen för husläkaruppdraget.

Vi väljer att fokusera på hur vården följs upp hos vårdleverantörerna på en högre organisatorisk nivå och går inte in på hur uppföljningen hanteras på enhetsnivå vilket har påverkat valet av intervjuobjekt. Detta för att tidsramen inte gör det möjligt att gå djupare utan att minska antalet vårdleverantörer i undersökningen.

1.4.2 Definition

Genom uppsatsen använder vi oss av termen husläkarverksamhet, alternativt husläkarmottagning, när vi pratar om de enheter som bedriver vård enligt ”Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval: Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård”. Detta ska inte förväxlas med en vårdcentral som ofta bedriver husläkarverksamhet men även annan vård, till exempel mödravård. När de företag som vi intervjuat använder termen vårdcentral gör vi detsamma i syfte att visa att de bedriver annan vård. Våra frågor har dock endast berört husläkarverksamheten.

När vi i texten översätter engelska uttryck anges det engelska uttrycket efter översättningen, inom parentes. Ett undantag är de engelska termerna "performance measurement" och "result measurement" där vi inte anger den engelska termen då det är ett uttryck som förekommer ofta och i olika former. Termen prestationsmått används i uppsatsen där "performance measurement" och "result measurement" används på engelska. Ett uttryck som inte översätts är New Public Management, NPM, som för tydlighetens skull har behållits på engelska. Detta eftersom det är ett vedertaget begrepp på svenska.

De engelska citat som används och som vi själva översätter, finns på originalspråk i Appendix A.

2. Metod

2.1 Metodteori

Uppsatsen har sin utgångspunkt i det ontologiska antagandet att verkligheten är en symbolisk diskurs (Eng: *Symbolic discourse*), vilket innebär att människor förstår verkligheten genom social interaktion. Interaktionen är möjlig genom gemensamma normer och meningar som finns i samband med olika handlingar, personer och objekt. Dessa meningar och normer kan förändras över tid, snabbt eller långsamt. Om de förändras långsamt kan de ses som konstanta under en kortare tidsperiod och under den perioden utgöra ramar för social interaktion. Då uppsatsen försöker svara på hur handlingar förstås och hur det påverkar ytterligare handlingar, är det i linje med en tolkande redovisnings forskningsansats (Eng: *interpretive accounting research*), där teori försöker förklara handlingar och förstå hur social ordning produceras. (Ryan et al., 2002)

Teorin som används i uppsatsen kan liknas vid ett skelett vars syfte är att strukturera uppsatsen och empirin, i enlighet med Laughlins medelansats av teori och metodologi dimensioner. Medelansatsen anser att generaliseringar genom teori är möjlig men att det behövs mer detaljer från empiri för att göra dem meningsfulla. (Laughlin, 1995)

2.2 Val av studieobjekt

För att besvara frågeställningen har en kvalitativ studie genomförts där HSF och fyra vårdleverantörer har studerats. De valda vårdleverantörerna är tre privata och ett landstingsägt bolag av varierande storlek. Vårdleverantörerna driver tillsammans 102 av de 205 husläkarmottagningar som hade ett avtal med landstinget den 21 feb 2013 (Uppdragsguiden, Husläkarmottagningar med avtal). Den resterande marknaden består av Capio, som efter

uppköpet av Carema, har cirka 20 husläkarmottagningar samt bolag och stiftelser som driver 1-2 mottagningar vardera (Uppdragsguiden, Husläkarmottagningar med avtal). På grund av tidsramen för uppsatsen ansåg vi det inte möjligt att studien skulle omfatta även dessa och bibehålla en bra kvalitet.

Valet av vårdleverantörerna gjordes för att kunna studera en så stor andel av marknadens mottagningar som möjligt. Vi antog även att dessa organisationer, på grund av deras storlek, skulle ha behov samt möjlighet till en mer systematisk/formaliserad uppföljning. Vi valde att studera flera vårdleverantörer för att ha möjlighet till att se om det förelåg någon generell påverkan av HSF:s uppföljning. Vi anser dock att detta medför att det inte kan dras några generella slutsatser för hur HSF:s uppföljning påverkar vårdleverantörernas egen utvärdering som helhet, utan endast på den nivå som undersökts.

Vår studie är begränsad till husläkaruppdraget i SLL. Vårdval finns idag på ett flertal vårdområden i alla Sveriges landsting. Då utformningen av uppdragen och uppföljningen skiljer sig åt anser vi inte att några generella vetenskapliga slutsatser bör dras från studien. Därför bör inte studiens resultat användas för att dra slutsatser för andra vårdområden eller vårdvalssystem.

2.3 Datainsamling

Vi har valt att genomföra intervjuer med två personer hos HSF och två personer hos respektive vårdleverantör. Vi har försökt få en person med kunskap om kvalitativ uppföljning och en med kunskap om ekonomisk uppföljning för att få en mer heltäckande bild över företagens uppföljning. Vi anser att de intervjuer vi genomfört hos vårdleverantörerna, tillsammans med interna dokument, sammantaget ger en bra överblicksbild över hur de olika organisationerna följer upp husläkarverksamhet. Alla intervjuer är genomförda med syftet att få en övergripande bild över hur vårdleverantörerna följer upp sina vårdenheter samt hur de uppfattar och anpassar sig utifrån HSF:s uppföljning. Då vårt syfte är att undersöka hur HSF:s utvärdering påverkar vårdleverantörernas uppföljning på en hög organisatorisk nivå, har vi främst försökt få kontakt med personer som arbetar på en högre nivå inom vårdleverantörernas organisation. Organisationernas strukturella skillnader, samt tillgången till lämpliga intervjuobjekt, har dock gjort att den observerade nivån hos vårdleverantörerna i vissa fall skiljer sig åt.

Förfrågan att delta i studien kommunicerades till intervjuobjekten via e-post och telefon där studiens syfte förklarades. Intervjuerna genomfördes mellan mars och april 2013 i respektive verksamhets kontor och varade i genomsnitt i 50 minuter. Under intervjuerna ställdes öppna frågor utifrån en intervjumall. Frågorna anpassades i viss mån efter intervjuobjektet. Vi har även, i varierande grad beroende på organisation, fått ta del av interna dokument. I tabellen nedan sammanställs intervjuobjekten samt deras position och organisation. I uppsatsen anger vi endast intervjuobjektens position och organisation då vi anser att det är dessa faktorer som är relevanta.

Schema för intervjuer

Organisation	Position	Datum
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Enhetschef för allmänmedicin	28/3-13
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Analytiker på utvecklingsavdelningen	2/4-13
Stockholms Läns Sjukvårdsområde	Samordnande chef av primärvård	12/4-13
Stockholms Läns Sjukvårdsområde	Ekonomidirektör	11/4-13
Legevisitten	Ekonomichef	19/4-13
Legevisitten	Kvalitets- och miljöchef	19/4-13
Aleris	Chef för kvalitet och miljö	18/4-13
Aleris	Chef för ekonomi & controlling	23/4-13
Praktikertjänst	Kvalitetschef	22/3-13
Praktikertjänst	Verksamhetsrådgivare	15/4-13

2.4 Validitet och reliabilitet

Det faktum att vår studie har genomförts som en kvalitativ intervjustudie försvårar möjligheten att replikera den, vilket påverkar reliabiliteten. Den huvudsakliga källan till information för studien är intervjuer, vilket innebär att informationen till viss del kommer vara subjektiv. Även vår tolkning av den insamlade informationen blir en subjektiv bedömning. Att studien till stor del bygger på information från intervjuer öppnar upp för risken att vi inte fått en fullständig bild av hur uppföljningen i verkligheten ser ut. För att öka transparens och reliabilitet, har vi således valt att spela in intervjuerna för att sedan transkribera dessa. Under intervjuerna har en intervjumall använts för att öka reliabiliteten (Kvale, Brinkmann 2009). Intervjumallen finns i Appendix B. Vi har även, där det varit möjligt, försökt komplettera intervjuerna med skriftlig information genom publicerade och interna dokument.

3. Teori

I detta avsnitt redogörs för de vetenskapliga teorier som använts i studien. I första delen beskrivs de grundläggande teorier om New Public Management och Principal-agent teori där studien har sin startpunkt. Efter följer det teoretiska ramverk om kontroll samt resultatmätning som senare i uppsatsen används för att strukturera och analysera det empiriska materialet.

3.1 Teoretisk utgångspunkt

3.1.1 New Public Management

Under 1980-talet startade en förändring av offentliga organisationer och verksamheter, framför allt i Europa, Australien och Nya Zeeland, som kom att kallas New Public Management, NPM. NPM innebär att offentliga organisationer ska ta efter privata företag. Detta sker huvudsakligen genom att förändra hur de sköter sin verksamhet, genom att minska eller ta bort skillnaderna mellan privat och offentlig sektor samt genom att fokusera mer på resultaten än på processen av offentlig verksamhet. Dessa förändringar medför även att offentlig sektor inte längre ska få en fast summa att spendera utan en mer rörlig ersättning, att hierarkierna luckras upp och att det ska bli mer variation i servicen till medborgarna istället för den tidigare standardiseringen. (Hood, 1995)

NPM belyser vikten av konkurrens för att få ner kostnader, få öka standarden och tydliggöra ansvarsskyldighet. För att kunna utkräva ansvar fodras tydliga mål och standarder, för att mäta resultat och att större fokus läggs på de effekter som prestationerna leder till, snarare än att styra processerna (Hood, 1995). Det genomslag som NPM har fått kan ses som en del i en större våg av administrativa trender; att minska offentlig sektor, eller att minska dess tillväxttakt, att automatisera delar av verksamheten och att börja flytta offentlig sektor mot privatisering eller kvasi-privatisering (Hood, 1991).

NPM kan ses som en kombination av två idéer. Den första är ”new institutional economics” som baseras på allmänhetens möjlighet att välja, transaktionskostnadsteori och principal-agent teori. Dessa teorier har bland annat lett till ett större fokus på transparens och allmänhetens möjlighet att välja mellan olika alternativ. Den andra idén är att använda samma typ av ledning inom offentlig sektor som i privata företag, som betonar till exempel vikten av hög handlingsfrihet för att uppnå resultat. (Hood, 1991)

3.1.2 Principal-agent teori

Principal-agent teorin behandlar svårigheterna när en person, en principal, anlitar en annan person, en agent, för att utföra någonting åt dem. Det här innebär att agenten får någon form

av befogenhet över beslutsfattandet i genomförandet av uppdraget. Om både principal och agent antas vara rationella och vilja maximera sin egen nytta är det troligt att agenten inte alltid kommer att agera i principalens bästa intresse. För att förhindra det kan principalen ge agenten incitament att ta beslut och agera så att det gynnar principalen eller införa övervakning på något sätt för att hindra eller begränsa oönskat beteende. (Jensen, Meckling, 1976)

I en organisation kan de anställda ses som agenter som agerar för att verkställa principalens, organisationens, mål. För att försäkra sig om att agenten handlar i principalens intresse har de flesta organisationer ett verksamhetsledningssystem (Eng: *Management control system*). Beroende på definition kan ett verksamhetsledningssystem vara ett reaktivt kontrollsystem där ledningen mäter prestationer för att jämföra dessa med en förutbestämd standard. I ett bredare synsätt inkluderar verksamhetsledningssystemet även andra typer av mer informell, proaktiv kontroll (Merchant, Van der Stede, 2007). Merchant och Van der Stede (2007) definierar verksamhetskontroll som “..alla de verktyg eller system som chefer använder för att försäkra sig om att de anställdas beteende och beslut är i linje med organisationens mål och strategier”. Ett verksamhetsledningssystem syftar till att påverka agentens agerande för att öka sannolikheten att principalen uppnår sina mål (ibid.).

3.2 Teoretiskt ramverk

Eftersom vårdleverantörerna är beroende av vårdavtalet för att få bedriva husläkarverksamhet får de en nära relation med HSF. Denna relation kan liknas med relationen mellan en organisation och dess enskilda organisationsenheter. På grund av den här nära relationen anser vi att de teorier vi använder oss av i det teoretiska ramverket är tillämpbara trots att de är utformade för relationer inom en organisation.

3.2.1 Former av kontroll

I syfte att strukturera vår uppsats har vi valt att utgå ifrån de fyra olika typerna av kontroll som Merchant och Van der Stede (2007) definierar i Management Control Systems. Syftet med de fyra olika typerna av kontroll är den samma, att öka troligheten att agenten handlar i enlighet med principalens intresse (Merchant, Van der Stede, 2007).

3.2.1.1 Resultatfokuserad kontroll

Ett vanligt förekommande sätt att få agenten att handla i organisationens intresse är att använda, vad Merchant och Van der Stede (2007) benämner som, resultatfokuserad kontroll (Eng: *Results control*). Resultatfokuserad kontroll innebär att agenten belönas om de når bra

resultat. Detta leder till att agenten bryr sig om utfallet av sina handlingar eftersom dessa påverkar denne själv. Inom den här formen av kontroll säger inte principalen till agenten hur de ska genomföra någonting utan fokus är istället på slutresultatet. (Merchant, Van der Stede, 2007)

Resultatfokuserad kontroll syftar till att likställa agentens mål med principalens och därigenom göra att de strävar åt samma håll. För att kunna se om agenten har nått de uppsatta målen behöver principalen använda sig av någon form av prestationsmått. Förutom att ge en bild av vilka resultat agenten har åstadkommit kan dessa mått även ge information om hur organisationens strategi eller de olika enheterna presterar. En vanlig form av ledning är att principalen endast ingriper i enhetens, eller agentens handlande om måtten tyder på att dess agerande genererar för låga resultat. (Merchant, Van der Stede, 2007)

Att införa resultatfokuserad kontroll kräver fyra steg. Det första är att formulera dimensionerna för den önskade prestationen. Detta är av stor vikt eftersom de mål och prestationsmått som principalen väljer påverkar vad agenten fokuserar på (Merchant, Van der Stede, 2007). Detta sammanfattas tydligt genom det populära uttrycket ”Vad du mäter är vad du får” (Kaplan, Norton, 2005). Nästa steg är att tillskriva varje önskad prestation någon form av prestationsmått som agenten kan utvärderas på. Dessa prestationsmått kan vara antingen finansiella eller icke-finansiella beroende på vilket resultat de ska beskriva. Det tredje steget är att sätta mål för prestationen. Detta ger agenten ett tydligt mål att sträva mot samt en referenspunkt som gör det möjligt att utvärdera om den egna prestationen är tillräckligt bra. Det fjärde steget är att välja vilket incitament som ska finnas för att nå ett visst resultat. Incitament kan vara utformade som belöningar eller som bestraffningar, och syftar till att öka agentens motivation att nå de mål principalen vill (Merchant, Van der Stede, 2007).

För att resultatfokuserad kontroll ska kunna användas på ett effektivt sätt måste tre kriterier vara uppfyllda. För det första måste principalen kunna avgöra vilket resultat som är önskvärt för det denne försöker kontrollera. Dock innebär en ökning av ett resultat ofta en avvägning mot någonting annat, till exempel kan ökad kvalitet innebära en avvägning mot fortsatt låga kostnader. Därför är det viktigt att principalen kommunicerar i vilken ordning olika resultat ska prioriteras. Vidare måste agenten, i betydande omfattning, kunna kontrollera utfallet som denne blir bedömd utifrån. I verkligheten är det få situationer där agenten till fullo kan styra över alla faktorer som påverkar resultatet. Om resultatet i för stor grad påverkas av faktorer

utom agentens kontroll, är inte resultatfokuserad kontroll en effektiv metod. Det sista kriteriet som måste vara uppfyllt är att principalen på ett effektivt sätt ska kunna mäta resultatet. Den avgörande faktorn för om ett resultatmått är funktionellt är om det leder till det önskade handlandet hos agenten i en given situation. För att kunna göra detta måste måttet sammanfalla med principalens mål samt vara precist, objektivt, komma i rätt tid och vara begripligt för agenten. (Merchant, Van der Stede, 2007)

3.2.1.2 Handlingsfokuserad kontroll

Till skillnad från resultatfokuserad kontroll, som riktar in sig på att kontrollera målen för ett agerande, är handlingsfokuserad kontroll (Eng: *Action control*) inriktad på själva handlingen. Syftet är att få agenten att genomföra en speciell handling som är känt gynnsam, eller att denne inte genomför en handling som är känt ogynnsam för principalen. Handlingsfokuserad kontroll är till störst del en förebyggande kontroll som syftar till att stoppa ogynnsamma handlingar innan agenten har utfört dessa. Det finns fyra olika sorters handlingsfokuserad kontroll: beteenderegler, granskningar i förhand, handlingsansvar och överflöd. (Merchant, Van der Stede, 2007)

Beteenderegler syftar till att göra det omöjligt, eller åtminstone kraftigt försvåra, genomförandet av icke önskvärda handlingar. Dessa begränsningar kan vara fysiska eller administrativa. En annan typ av handlingsfokuserad kontroll är *granskningar i förhand* som innebär att principalen på förhand granskar och godkänner agentens handlingsplan. Ett exempel på detta är vanligen budgetarbetet i många företag. *Handlingsansvar* är den tredje formen av handlingsfokuserad kontroll och innebär att agenten personligen ställs ansvarig för sina egna handlingar. Det kan handla om kommunicerade regler för hur man ska agera som uppförandekoder och handlingschecklistor, samt regler som inte kommunicerats öppet, till exempel att vissa yrkesgrupper ska agera utifrån sitt professionella kunnande. Avsteg från det uppsatta sättet att handla bestraffas sedan och korrekt handlande kan belönas. Den sista formen av handlingsfokuserad kontroll är *överflöd*, vilket innebär att medvetet fördela fler resurser till en uppgift än nödvändigt eftersom detta ökar sannolikheten att uppgiften kommer bli tillfredställande utförd. (Merchant, Van der Stede, 2007)

I likhet med resultatfokuserad kontroll krävs det att principalen kan avgöra vilka handlingar som är gynnsamma, alternativt ogynnsamma, för att handlingsfokuserad kontroll ska kunna vara effektiv. För att handlingsfokuserad kontroll ska vara effektiv krävs även att principalen

kan försäkra sig, eller observera, att det korrekta agerandet är det som används av agenten. (Merchant, Van der Stede, 2007)

3.2.1.3 Personal- och kulturfokuserad kontroll

På grund av svårigheterna, eller de höga kostnaderna, med att kontrollera att principalen får de önskade effekterna av sin resultat- och handlingsfokuserade kontroll blir dessa system sällan vattentäta. Därför kompletteras dessa ofta med personal- och kulturfokuserad kontroll som syftar till att agenten kontrollerar sitt eget, eller att flera agenter kontrollerar varandras beteende. (Merchant, Van der Stede, 2007)

Personalfokuserad kontroll tar avstamp i individers naturliga förmåga att kontrollera och motivera sig själva. Den här typen av kontroll strävar efter att försäkra sig om att agenten vet vad principalen vill, att agenten har de personliga möjligheterna och resurserna att utföra ett bra arbete och/eller öka sannolikheten att agenten ska använda sig av självövervakning. Självövervakning är en inre känsla för vad som är rätt och en vilja att göra ett bra arbete. Det finns tre huvudsakliga sätt att implementera personalfokuserad kontroll i en organisation. Det första är att anställa rätt personer för arbetet samt ge dem bra arbetsmiljö och tillräckliga resurser. Det andra är att låta agenten få utbildning inom ramarna för sitt arbete. Utbildning kan både ge individen förståelse för hur man utför något och vilka resultat som förväntas, samt även vara motivationshöjande. Det sista sättet är att utforma arbetet på sådant sätt att motiverade och kvalificerade individer har möjlighet att lyckas. Detta kan inkludera att ge dem tillräcklig tid och tillräckliga resurser för att kunna utföra sina arbetsuppgifter så bra som möjligt. (Merchant, Van der Stede, 2007)

Kulturfokuserad kontroll är till för att uppmuntra en ömsesidig övervakning mellan flera agenter, som ett grupptryck på de individer som inte följer gruppens värderingar och normer. En organisations interna kultur förändras långsamt och förblir ofta oförändrad även om organisationen genomgår strategiska förändringar. Kulturella normer kan finnas i form av både skrivna och oskrivna regler. Företagsledningarna försöker ofta nyttja kraften i organisationens kultur genom att forma den så att den är likriktad med organisationens mål. Vanligt förekommande sätt att försöka forma företagets kultur är genom beteendekoder eller visioner. Ett annat effektivt sätt att öka sannolikheten för ömsesidig övervakning är att dela ut belöningar på gruppnivå. (Merchant, Van der Stede, 2007)

De här två typerna av kontroll är anpassningsbara och används, i olika grad, i alla organisationer. Personal- och kulturfokuserad kontroll har fördelen att de fungerar i nästan alla sammanhang samtidigt som de innebär förhållandevis låga kostnader och risker för icke-önskvärda sidoeffekter. Dock varierar effekten av dessa typer av styrning kraftigt mellan olika individer, grupper och samhällen. (Merchant, Van der Stede, 2007)

3.2.2 Resultatmätning

En avgörande faktor för om resultatfokuserad kontroll ska vara effektiv är att principalen ska kunna mäta resultaten på ett effektivt sätt. Därför har vi valt att inkludera olika former av resultatmätning och prestationsmått för att ge en mer komplett bild av hur resultatkontrollen går till.

3.2.2.1 Kvantifierad och narrativ resultatmätning

Resultatmätning är inte begränsat till kvantifierad information utan kan även bestå av information som redogjorts för i berättande form. Kvantitativ data anses ofta vara enkel att förstå och möjliggör jämförelser mellan olika enheter och över tid. Användare långt ifrån verksamheten föredrar ofta kvantifierad data som ger en överblick över verksamheten. Dock innebär kvantifieringen att informationen måste förenklas och då kan komplexa samband missas. Information som redovisas i berättande form kan fånga komplexa samband men är istället mer svårtolkad. Narrativ information föredras ofta av användare nära verksamheten eftersom de är mer medvetna om de osäkerheter och generaliseringar som kvantifierad information innebär. (Hagbjer, 2010)

Det finns en stor tilltro till att kvantifierade mått ger en objektiv och exakt bild av det som måttet beskriver. Kvantifierade mått används ofta för att skapa, eller öka, tillit och göra saker mer noggrant. De som kritiserar kvantifiering av information menar dock att måtten gör att de djupare och viktigare frågorna ignoreras (Porter, 1995). Att mäta resultat innebär att kunna sätta siffror på objekt eller handlingar och är en kritisk del av resultatfokuserad kontroll (Merchant, Van der Stede, 2007). Så för att gå in på djupet av resultatfokuserad kontroll är det viktigt att vara tydlig med hur resultatmått fungerar.

3.2.2.2 Olika former av prestationsmått

Ett prestationsmått är ett kontrollerbart mått uttryckt i kvantitativa eller kvalitativa termer och som har någon form av definierad referenspunkt för att måttet ska ha någon mening. För att ett prestationsmått ska vara effektivt måste det vara enkelt att förstå och helst vara kopplat till hur organisationen, som använder det, skapar värde. Prestationsmått kan ha flera funktioner,

att kontrollera genom att synliggöra resultat, kommunicera vad som är viktigt och förbättra när de visar skillnad mellan resultat och förväntningar. Prestationsmått gör det möjligt för en principal att delegera till en agent och kan på så vis minska behovet av kontakt. (Melnik et al., 2004)

Prestationsmått kan delas upp i finansiella och icke-finansiella. Finansiella mått visar viktiga aspekter i form av monetära resurser och icke-finansiella mått definieras i andra resurser, till exempel i tid eller produkter (Melnik et al., 2004). En blandning av finansiella och icke-finansiella mått kan ge en bättre helhetsbild över en verksamhet men icke-finansiella mått kan ofta vara svårare att ta fram och arbeta med på ett bra sätt (Ittner, Larker, 2003).

Det går också att dela in prestationsmått i utfallsmått (Eng: *lagging*) och drivande mått (Eng: *leading*). Utfallsmått visar på vad som har hänt medan drivande mått kan ge en förevisning om framtiden och kan användas för att försöka förutse eventuella problem (Melnik et al. 2004). De drivande måtten ger en bild av hur framtida utfallsmått ska kunna uppnås och kan ge en tidig indikation om implementering av strategier är framgångsrik. Utfallsmåtten visar vad som har producerats och om det som har gjorts har lett till en långsiktig lönsamhet (Kaplan, Norton, 1996). Generellt sett är finansiella mått utfallsmått medan de icke-finansiella ofta är drivande mått (Kaplan, Norton, 2005).

4. Empiri

I detta avsnitt presenteras den empiri som samlats in och som analysen kommer att utgå ifrån. I den första delen beskrivs innehållet i Förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet och HSF:s uppföljning, därefter följer en redogörelse för vårdleverantörernas uppföljning.

4.1 Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

HSF är en tjänstemannaorganisation som arbetar på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden och utför de beslut som de fattar (Enhetschef, HSF). HSF:s uppdrag är att utvärdera behovet av hälso- och sjukvård, beställa vården samt följa upp den producerade vårdens resultat och kvalité (SLL, 2013).

4.1.1 Förfrågningsunderlaget

En vårdgivare som vill bedriva husläkarverksamhet i Stockholms Län måste bli godkänd av HSN. Villkoren för ansökan och godkännande regleras i "Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård", efter detta benämnt

Förfrågningsunderlaget, som även beskriver innehållet i vårduppdraget och de krav som ställs på vårdgivaren (Förfrågningsunderlaget HSF, 2013).

Innan en vårdgivare godkänds för att öppna en husläkarmottagning görs en bedömning av dennes möjligheter att uppfylla de krav som ställs i uppdraget. Bedömningen är baserad på ekonomisk stabilitet samt möjlighet att fullfölja uppdraget (Förfrågningsunderlaget HSF, 2013). Om HSF bedömer att vårdgivaren uppfyller de krav som ställs vidarebefordrar de ärendet till HSN för ett formellt godkännande av vårdgivaren (Enhetschef, HSF). När godkännandet skett upprättas ett avtal mellan SLL och vårdgivaren där båda parter förbinder sig att följa Förfrågningsunderlaget (Förfrågningsunderlaget HSF, 2013).

Förfrågningsunderlaget, och dess innehåll, är tvingande för alla som vill bedriva husläkarverksamhet. Den fria etableringsrätten som vårdvalet innebär medför att HSN måste teckna avtal med alla sökande som uppfyller kraven (Förfrågningsunderlaget HSF, 2013). Varje år uppdateras förfrågningsunderlaget (Enhetschef, HSF) och de ändringar som införs blir även de tvingande för de vårdgivare som vill behålla sina avtal (Förfrågningsunderlaget HSF, 2013).

Utöver ansökningsblanketten och det juridiska vårdavtalet som tecknas mellan SLL och vårdgivaren består Förfrågningsunderlaget av sex bilagor som närmare specificerar bestämmelserna i avtalet. Dessa är:

1. Specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning
2. Ersättningsvillkor
3. Rapportering
4. Informationshantering
5. Allmänna villkor
6. Villkor för godkännande att teckna avtal.

I *Specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning* regleras bland annat krav på verksamhetens omfattning, öppettider, personal och vilka undersökningar och behandlingar vårdgivaren måste kunna genomföra på mottagningen. Dessutom beskrivs den uppföljning som görs av vårdens kvalitet. *Ersättningsvillkor* reglerar nivåerna för produktions-, uppdrags- och kvalitetsrelaterad ersättning samt ersättningstak för dem. Produktions- och uppdragsbaserad ersättning baseras i huvudsak på mängden patientbesök och utförandet av särskilda åtgärder samt antal listade patienter. I *Rapportering* beskrivs den information vårdgivaren årligen ska

rapportera till HSF och i *Informationshantering* beskrivs de IT-system och databaser där vårdgivaren löpande ska registrera information från sin operativa verksamhet. *Allmänna villkor* anger bland annat att vårdgivaren måste följa gällande lagar och förordningar samt SLL:s egna riktlinjer och policys. (Förfrågningsunderlaget HSF 2013)

I avtalsbilagan *Allmänna villkor* i Förfrågningsunderlaget anges att vårdgivaren måste ha ett ledningssystem i enlighet med ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”, SOSFS 2011:9 (Förfrågningsunderlaget, HSF, 2013). Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren ha ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. I detta ingår att dokumentera rutiner för processer som behövs för att vården ska hålla en hög kvalitet samt utreda avvikelser (SOSFS 2011:9).

4.1.2 Uppföljning av nya mottagningar

Cirka två veckor innan en ny husläkarmottagning öppnar genomför HSF en uppföljning för att kontrollera att vårdgivaren uppfyller kraven i Förfrågningsunderlaget (Enhetschef, HSF). Under dessa uppföljningar inspekteras att lokalerna uppfyller kraven, att obligatorisk utrustning och personal finns på plats samt att det finns uppsatta rutiner för hygien och kvalitetsarbete (Checklista inför driftstart, HSF).

När mottagningen varit i drift i sex månader utförs ytterligare en kontroll som mer detaljerat kontrollerar att det finns uppsatta rutiner och ledningssystem. Vid uppföljningen ställs även frågor gällande bland annat hur vårdgivaren har strukturerat de olika uppdrag som husläkarverksamheten ska omfatta samt om vissa e-verktyg och databaser används (6-månadersuppföljning, HSF). Uppföljningen sker ute på mottagningen av en avtalshandläggare och syftet är att se att vårdgivaren har kommit igång med sin verksamhet på ett tillfredställande sätt (Enhetschef, HSF).

4.1.3 Löpande uppföljning

En del av HSF:s huvuduppdrag är att kontrollera den producerade vården och säkerställa att den når upp till kraven i Förfrågningsunderlaget (Enhetschef, HSF). Detta görs genom att kontrollera och analysera inrapporterad verksamhetsdata, statistiska underlag, kvalitetsutfall, uppföljningsmöten och revisioner. De områden som uppföljningen fokuserar på är tillgänglighet, vårdgaranti, patientsäkerhet, medicinsk kvalitet samt om vårdgivaren följer de policys som ingår i uppdraget (Förfrågningsunderlag HSF, 2013).

HSF följer löpande upp en mängd nyckeltal för att utvärdera kvalitén på den vård som produceras inom husläkaruppdraget. Måtten är indelade i fem olika kvalitetsområden som representerar de övergripande målen för hur hälso- och sjukvård ska vara. Områdena är att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv samt att vård ska ske i rimlig tid och vara patientfokuserad (Uppföljningsindikatorer HLM, 2013). Underlaget för att bedöma vårdleverantörernas resultat hämtas från VAL-databasen och WIM-enkäten. HSF har tagit fram VAL-databasen som är en sammanställning av flera databaser där vårdleverantörerna löpande registrerar data. WIM-enkäten är en årlig webbaserad enkät där vårdleverantörerna rapporterar in data som inte kan fås fram via VAL-databasen. De nyckeltal där det är möjligt följs upp månatligen medan de som kräver data från WIM-enkäten följs upp årligen (Analytiker, HSF). Vilka nyckeltal som ska användas i uppföljningen utvärderas årligen. Ett par gånger varje år sammanträder en ”Dialoggrupp” med representanter från HSF och ett stort antal vårdleverantörer. I gruppen diskuteras frågor bland annat gällande uppföljning, bonus och vite (Enhetschef, HSF).

Utöver de nyckeltal som behandlar kvalitet följer HSF varje månad upp vårdleverantörernas kreditvärdighet. Detta för att säkerställa bland annat att vårdgivarna kan betala inkommande fakturor så som laboratoriekostnader då detta annars kan påverka patientsäkerheten negativt. (Enhetschef, HSF)

De kvalitetsindikatorer som HSF använder sammanställs i Leverantörsuppföljningsdatabasen, LUD, där avtalshandläggare från HSF och leverantörer kan gå in och se hur varje avtal presterar för varje indikator. Nyckeltalen läggs in varje månad som 12-månaders rullande siffror, i den mån det är möjligt, för att leverantörerna ska kunna se vad utfallet blir om man fortsätter som idag. Avtalshandläggarna och alla i de företag som har ett avtal med HSF kan gå in och se hur de ligger till med indikatorerna och jämföra ett avtal med ett annat samt se hur det har utvecklats över tid. Här finns även beskrivet hur ett nyckeltal beräknas. Standardiseringen av avtalet inom husläkaruppdraget, i samband med Vårdvalet, gör det möjligt att ha samma nyckeltal för alla vårdleverantörer vilket gör det möjligt att jämföra dem med varandra. (Analytiker, HSF)

HSF genomför årligen en systematisk uppföljning av de kvalitetsindikatorer som specificerats i Förfrågningsunderlaget (Enhetschef, HSF). Från och med 2013 görs detta genom att vårdgivarens resultat på vissa kvalitetsindikatorer som viktas samman och en kvalitetspoäng beräknas. Vårdgivarens poäng jämförs sedan med poängen för HSF:s lägsta godtagbara

kvalité och resultatet av poängen ligger till grund för utfallet av bonus eller vite. Bland de kvalitetsindikatorer som ligger till grund för kvalitetspoängen finns alla kvalitetsområden, med undantag för patientfokuserad hälso- och sjukvård, representerade (Förfrågningsunderlag HSF, 2013). Patientfokuserad hälso- och sjukvård fanns tidigare med bland dessa indikatorer (Uppdragsguiden, Uppföljningsplan, 2012) men togs bort till 2013 framförallt för att underlaget från patientenkäterna ansågs för osäkert (Enhetschef, HSF). Förutom de ersättningsrelaterade kvalitetsindikatorerna som ingår i kvalitetspoängen följs även cirka 20 andra nyckeltal (Uppföljningsindikatorer HLM, 2013).

Resultaten från uppföljningen sammanställs och skickas till verksamhetschefen på den aktuella mottagningen. I de fall där vårdgivarens resultat på en, eller flera, av kvalitetsindikatorerna är för låga, eller är på gränsen till för låga, ställs frågor om anledningen till detta och vad som planeras för att åtgärda det. Frågorna besvaras av verksamhetschefen och sammanställs i ett dokument (Återkoppling Liljeholmens VC, HSF). Vid stora avvikelser, där frågorna inte besvaras på ett tillfredställande sätt, kallas vårdleverantören in på ett möte med HSF. Avtalshandläggaren åker även ut till mottagningarna för att gå igenom resultaten. Ambitionen är att alla mottagningar ska få ett uppföljningsmöte på mottagningen varje år. Visar uppföljningen på brister sätts mottagningen under hård övervakning tills dess att de aktuella problemen har blivit åtgärdade (Enhetschef, HSF).

En sammanställning av utvalda kvalitetsindikatorer och nyckeltal rapporteras vidare till länets sjukvårdsstyrelser tillsammans med en kort bedömning av varje mottagning (Enhetschef, HSF). En del av resultaten publiceras även på hemsidan Vårdguiden via ”Öppna jämförelser” så att allmänheten kan jämföra olika enheters resultat. Ett av syftena med det är att ge vårdleverantörerna ett extra incitament att prestera bra i de fall bonus och vite inte är aktuellt (Analytiker, HSF).

4.1.4 Andra typer av utvärdering

Förutom de årliga uppföljningarna genomför HSF oanmälda besök och medicinska revisioner. Oanmälda besök kan göras slumpvis eller för att förvaltningen har fått en indikation om att någonting inte fungerar tillfredställande på mottagningen (Enhetschef, HSF). Under de oanmälda besöken kontrolleras att rutiner, personal och lokaler följer de krav som finns i Förfrågningsunderlaget (Oanmält uppföljningsbesök, HSF).

Medicinsk revision genomförs av oberoende medicinska revisorer och syftar till att kontrollera att kassaregistrering gått korrekt till samt att göra en bedömning utifrån ett

medicinskt perspektiv gällande journalföring och möjliga risker för patientsäkerheten (Rapport från avslutad medicinsk revision, HSF). Medicinska revisioner har tidigare gjorts när HSF har befarat, eller fått rapporterat, stora brister i en verksamhet. HSF arbetar på att utvidga de medicinska revisionerna från att enbart granska misstänkta fall till att även göra kontroller på slumpvis utvalda mottagningar (Enhetschef, HSF).

4.2 Vårdleverantörer

Nedan följer en beskrivning av de mest betydelsefulla processer och verktyg som respektive vårdleverantör använder för att följa upp och kontrollera vårdenheters resultat.

4.2.1 Stockholms Läns Sjukvårdsområde

Stockholms Läns Sjukvårdsområde, SLSO, är den organisation inom Stockholms Läns Landsting som producerar den landstingsdrivna sjukvården (SLSO, 2011) och är Sveriges tredje största vårdgivare (Kvalitetsbokslut, SLSO, 2012). SLSO har verksamheter inom bland annat psykiatri, primärvård och hjälpmedelsverksamhet och har totalt cirka 11 000 anställda. Sjukvårdsdirektören har det övergripande ansvaret för att styra och leda organisationen som idag har cirka 150 verksamheter inom primärvården (SLSO, 2011). Av dessa är 67 mottagningar verksamma inom husläkaruppdraget (Uppdragsguiden, Husläkarmottagningar med avtal). Mellan sjukvårdsdirektören och verksamhetscheferna finns det inom primärvården tre stycken samordnande chefer som har kontakt med enheterna (Ekonomidirektör, SLSO).

De verksamhetschefer som är ansvariga för varje mottagning har en stor autonomi och tecknar själva avtalen med HSF (Ekonomidirektör, SLSO). Syftet med verksamheternas självständighet beskriver ekonomidirektören på följande sätt:

"Vi tror att beslut blir bättre ju närmare verksamheten man är. Som vår direktör brukar säga; ju närmre man står om man ska kasta pil, desto större är chansen att man träffar. Det är samma sak här, de som har patientkontakten och vet hur det verkligen är, det är de som ska fatta beslut som rör det arbetet och för att kunna ha resultatansvar så måste man ha ansvar för både intäkter och kostnader." (Ekonomidirektör, SLSO)

SLSO använder sig av en övergripande verksamhetsplan med fyra områden som sedan konkretiseras ner till ett styrkort (Ekonomidirektör, SLSO). De fyra områdena är Patient/Befolkning, Medarbetare, Process/Utveckling, vilket är själva vården, samt Ekonomi. Inom varje perspektiv anges strategiska mål, vad som ska mätas, vad årets mål är, hur det ser ut i dagsläget och vilken mätmetod som används (Verksamhetsplan och styrkort, SLSO,

2013). Under 2013 har det för första gången blivit obligatoriskt för alla enheter att ha ett styrkort utifrån en gemensam mall där de anpassar organisationens översiktliga mål till sin egen enhet. Resultaten från styrkortet publiceras varje år i årsredovisningen (Ekonomidirektör, SLSO).

Den ekonomiska målsättningen är att ha en ekonomi i balans, vilket innebär att varje enhet ska gå +/- noll. Detta inkluderar dock ett avkastningskrav på strax under 1 % av SLSO:s omsättning. Detta avkastningskrav fördelas ut på varje resultatenhet som 1 % av resultatenhetens omsättning. Kravet på en ekonomi i balans finns för varje vårduppdrag även om en mottagning skulle bedriva flera olika uppdrag. Ekonomin som följs upp månatligen mäts som en rullande 12-månaders period. Detta ger möjlighet att se trender och att sätta in en åtgärdsplan om det är någon resultatenhet som har en negativ trend. Varje månad ska enheterna rapportera in produktionstal, så som besökssiffror, och en prognos med kommentarer. (Ekonomidirektör, SLSO)

För att följa upp kvaliteten i verksamheten används ett avvikelshanteringsprogram för att kontrollera avvikelser och arbete relaterat till det. De samordnande cheferna får även rapporter från Patientnämnden. Finns det något anmärkningsvärt i dessa följs det upp. Det görs även uppföljningar av resultaten från patientenkäten och medarbetarenkäten. De kvalitetsindikatorer från HSF som ger extra ersättning kan också följas upp kontinuerligt. Det finns även en mer personlig uppföljning genom personlig kontakt, till exempel medarbetarsamtal eller att den samordnande chefen närvarar på olika möten. Om en enhet anses klara sig bra får de fortsätta arbeta självständigt med sin verksamhet. (Samordnande chef, SLSO)

Ett uppföljningssystem som har provats på vissa enheter, som det arbetas med för att göra tillgängligt i större skala, är en egen kort patientenkät som kan användas för att få snabb feedback från patienterna. SLSO har nyligen fått sitt ledningssystem ISO-certifierat enligt ISO 9001 vilket har lett till att interna revisioner har börjat genomföras. Revisionerna genomförs av en grupp anställda som fått utbildning för uppdraget. Den interna revisionen ska genomföras på alla enheter inom tre år. (Samordnande chef, SLSO)

Varje år ger SLSO ut ett Kvalitetsbokslut över hela sin verksamhet (Ekonomidirektör, SLSO). Där anges resultaten för många av de kvalitetsindikatorer som HSF inkluderar i sin uppföljning och en förklarande text om dem. Nyckeltalen visas dels upp som ett enhetligt resultat för hela SLSO, men finns även för varje enhet inom alla olika vårdområden. Det är

nyckeltal om verksamheterna, patientenkätsresultaten samt tillgänglighet som publiceras för alla vårdcentraler (Kvalitetsbokslut, SLSO, 2012).

Sedan 2011 har SLSO, med hjälp av finansiellt stöd från EU, genomfört en utbildningssatsning som kallas Kompetenslyftet e-hälsa. Syftet är att medarbetarna ska lära sig hur man kan använda elektroniska system för att skapa effektiva arbetssätt och rutiner. Utbildningen sker genom ett antal seminarier med olika teman, bland annat Dokumentation och Uppföljning (SLSO, 2011). I dagsläget har nästan all vårdpersonal inom primärvården genomgått utbildningen (Ekonomidirektör, SLSO).

4.2.2 Legevisitten

Legevisitten startade år 1992 i Norge men har sedan år 1999 bedrivit verksamhet i Sverige. Företaget driver framförallt vårdcentraler men har även ett geriatriskt närsjukhus, hemtjänst, hemsjukvård och läkarinsatser i särskilda boenden i Stockholmsområdet och Värmland (Legevisitten, n.d.). Legevisitten har fyra vårdcentraler samt en extra filial i Stockholms län med två verksamhetschefer som är en del av den operativa ledningen (Kvalitetschef, Legevisitten). Företaget har en ekonomiavdelning för att hantera de ekonomiska funktionerna (Ekonomichef, Legevisitten) och kvalitets- och miljöchefen arbetar direkt med de verksamhetschefer som är ansvariga för mottagningarna (Kvalitetschefen, Legevisitten).

Den största delen av kvalitetsarbetet är att följa upp att verksamheterna ligger i fas med HSF:s förfrågningsunderlag. Kvalitativa uppföljningar görs några gånger per år, vanligen en gång före sommaren och mer frekvent på hösten inför årsslutet. Informationen om hur verksamheterna ligger till, i förhållande till de parametrar som HSF har i sitt förfrågningsunderlag, hämtas framför allt från landstingets LUD-databas och interna system men vissa siffror beställs från HSF. Resultaten sammanställs och ses över. Om det är någon kvalitetsindikator som har ett för lågt värde kontaktas verksamhetsansvarige och får detta påpekat. Kvalitetschefen framhåller att de mått som är kopplade till bonus och vite får extra uppmärksamhet: "vi kollar alla uppföljningsparametrar för bonus och vite men vi följer även andra. Men vi hoppar aldrig över att följa något som gäller bonus och vite". (Kvalitetschefen, Legevisitten)

Legevisitten har som ett komplement till detta formulerat tvååriga verksamhetsmål inom områdena personal, miljö och kvalité. De verksamhetsmål som Legevisitten formulerar är oftast samstämmiga med krav som finns från landstinget. Verksamhetsmålen är gemensamma för alla verksamheter och dit lyfts krav som verksamheterna behöver fokusera på.

Verksamheterna får sedan formulera lokala mål som relaterar till verksamhetsmålen och en handlingsplan om hur man ska komma dit. Verksamhetsmålen uppdateras och korrigeras årligen men är generellt tvååriga för att skapa stabilitet i verksamheterna. Verksamhetsmålen och handlingsplanerna är en del av Legevisittens arbete inom sitt ISO-certifierade ledningssystem. (Kvalitetschefen, Legevisitten)

Dessutom följs klagomål och anmälningar upp kontinuerligt liksom resultaten från landstingets patientenkäter där vårdcentralerna jämförs med varandra och över tid. När HSF skickar resultaten av sin årliga utvärdering med tillhörande frågor till verksamhetscheferna vidarebefordras detta, tillsammans med verksamhetschefens svar på frågorna, till kvalitetschefen. (Kvalitetschefen, Legevisitten)

Ekonomiskt görs det månatligen uppföljning i form av månadsbokslut för varje avtal och verksamhetscheferna får återkomma med kommentarer vid avvikelser. Varje månad kontrolleras även likviditeten. Syftet med att följa upp varje avtal för sig är att lättare kunna se vilka beslut som ska fattas. Genom den månadsvisa uppföljningen samt en årlig uppföljning ses resultaten över för att se vad som kan förbättras. Den huvudsakliga målsättningen är att varje enhet ska generera ett positivt resultat. (Ekonomichef, Legevisitten)

Ungefär en gång i månaden träffas den operativa ledningsgruppen för att stämna av hur det går för de olika verksamheterna. Den operativa ledningsgruppen består av VD, ekonomichef, kvalitetschef, personalchef, IT-chef och verksamhetscheferna. Varje månad reser även VD:n ut till verksamheterna för att diskutera hur verksamheten går. (Kvalitetschefen, Legevisitten)

4.2.3 Aleris

Aleris är ett privat vårdföretag som finns i Sverige, Norge och Danmark och ägs av Investor. Företaget är verksamt inom områdena sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa (Aleris, Om oss, n.d.). I Stockholms Län har Aleris nio mottagningar med husläkarverksamhet (Uppdragsguiden, Husläkarmottagningar med avtal). Vid årsskiftet 2012/2013 genomgick organisationen i Sverige en omstrukturering (Kvalitetschef, Aleris), och primärvården ingår nu i Divisionen Primärvård och Diagnostik (Aleris, Division primärvård, n.d.). Divisionen är indelad i olika affärsområden, varav primärvård är ett. Varje affärsområde är i sin tur indelat i geografiska regioner. Förutom enhetscheferna finns det en chef i varje region och en för varje affärsområde. För varje affärsområde finns det även en ansvarig controller för ekonomin och en kvalitetssamordnare som ansvarar för kvalitetsarbetet (Kvalitetschef, Aleris).

En stor del av kvalitetsarbetet handlar om processer och arbetssätt. Divisionens kvalitetsledningssystem är certifierat enligt ISO 9001, även om alla enheter inte gått igenom certifieringen. Ett krav i detta är att interna revisioner ska genomföras löpande under året och ungefär en gång om året genomförs en extern revision. (Kvalitetschef, Aleris)

Inom Divisionen Primärvård och Diagnostik har kvalitetschefen, i samband med omorganisationen, börjat med att ha månadsvisa kvalitetsrapporter för primärvården. För tillfället inkluderar rapporten nyckeltal för patientnöjdhet, som mäts löpande av enheterna, och antal avslutade avvikelser de senaste tre månaderna, två faktorer som redan rapporteras för koncernen, samt telefontillgänglighet. Målet är att rapporten med tiden även ska inkludera verksamhetsspecifika nyckeltal. Resultaten jämförs med föregående månad och trenden i resultaten följs. Detta kompletteras med skriftliga kommentarer. Nyckeltalen rapporteras per affärsområde, men varje affärsområdes kvalitetssamordnare får in resultaten per enhet. Den månatliga kvalitetsrapporten är ett komplement till den större kvalitetsrapport som genomförs en gång per år då kraven från beställaren följs upp. Syftet med månadsrapporten är att hålla kvalitetsarbetet levande under hela året. (Kvalitetschef, Aleris)

Förutom den månatliga kvalitetsrapporten görs en ekonomisk månadsrapport. Varje månad görs en full resultaträkning, skatteberäkningar och ett bokslut som rapporteras till Investor. Som ett komplement mäts ett antal nyckeltal så som genomsnittligt besök per läkare och andra tal som visar på volym, vilket är kopplat till kostnader och intäkter i och med ersättningsmodellen från HSF. Det finns även ett intresse för den kvalitetsbaserade ersättningen, framför allt på grund av branschens låga vinstmarginaler. Uppföljningen av dessa indikatorer ligger dock främst på enhets- och områdescheferna. (Ekonomichef, Aleris)

Om några av de rapporterade uppgifterna skulle tyda på att någonting var avvikande, till exempel att antal besök per läkare är lågt, förs en diskussion med enheten i fråga för att komma fram till en åtgärdsplan (Ekonomichef, Aleris). Då samarbetar de olika stabsavdelningarna tillsammans med enheten som har problem, för att hitta en enhetlig lösning. Det finns ingen fast gräns för vad som räknas som en underprestation när det gäller kvalitetsindikatorerna men en enhet som har legat lågt och får en åtgärdsplan följs noga tills problemet är åtgärdat (Kvalitetschef, Aleris).

4.2.4 Praktikertjänst

Praktikertjänst startade för över 50 år sedan som en ekonomitjänst för privata läkare. Idag bedriver Praktikertjänst verksamhet inom affärsområdena hälso- och sjukvård och tandvård

(Kvalitetschef, Praktikertjänst). Under 2012 var Praktikertjänst Sveriges största leverantör av privatdriven vård (Årsredovisning, Praktikertjänst, 2012) och hade cirka 330 verksamheter runt om i landet (Kvalitetschef, Praktikertjänst). Av dessa är 22 husläkarmottagningar i Stockholmsområdet (Uppdragsguiden, Husläkarmottagningar med avtal). Praktikertjänst kan ses som ett vinstdrivande vårdkooperativ där verksamhetscheferna på de olika vårdenheterna även är aktieägarna i bolaget. Varje aktieägare har därmed tre roller i företaget; aktieägare, anställd och entreprenör som arbetar på och ansvarar för ”sin” egen verksamhet (Kvalitetschef, Praktikertjänst).

I dagsläget har Praktikertjänst ingen sammantagen kvalitetsuppföljning över sina vårdresultat. Det uppstår svårigheter att på ett enhetligt sätt sammanställa information från vårdenheterna då företaget har verksamheter i många olika landsting som alla har olika krav och fokus. Dessutom har Praktikertjänst inget gemensamt journalsystem vilket har lett till att det används mellan 20 och 30 olika journalsystem inom företaget. (Kvalitetschef, Praktikertjänst)

För att säkerställa en hög kvalitet stöds enheterna så att de bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete (Årsredovisning, Praktikertjänst, 2012) och följer företagets ledningssystem (Kvalitetschef, Praktikertjänst). Ett aktivt arbete förs för att enheter ska bli ”Kvalitetsdiplomerade” enligt en intern modell. För att bli diplomerad krävs att enheten har dokumenterade rutiner kring viktiga vårdprocesser samt att de arbetar systematiskt med avvikelser och använder dem som en grund i sitt förbättringsarbete (Kvalitetschef, Praktikertjänst). Praktikertjänst arbetar på att certifiera sitt ledningssystem enligt ISO 9001 och detta planeras vara klart under 2013 (Årsredovisning, Praktikertjänst, 2012).

Under 2012 infördes ”Kvalitetsdialog” som ett nytt led i kvalitetsarbetet (Årsredovisning, Praktikertjänst, 2012). ”Kvalitetsdialogen” går ut på att någon ur en grupp verksamma läkare eller sjuksköterskor åker runt och följer upp andra vårdenheter genom diskussioner gällande kvalitet och patientsäkerhet (Kvalitetschef, Praktikertjänst). Som grund för besöken finns en checklista med frågor om bland annat avvikelshantering och rutiner runt hygien och journalföring (Kvalitetsdialog – checklista, Praktikertjänst). Checklistan är en bas för samtalet men förändras beroende på vilken enhet som besöks och de diskussioner som uppstår. Förutom att vara en uppföljning av enheterna bidrar även gruppen till att information om möjliga förbättringar, eller lösningar på befintliga problem, sprids mellan enheter (Kvalitetschef, Praktikertjänst).

Förutom kvalitetsdiplomeringen och kvalitetsdialogen följer Praktikertjänst resultaten av den Nationella Patientenkäten. Den patientupplevda kvalitén används som ett direkt uppföljningsmått för att utvärdera verksamheten på vårdcentralerna och jämförs med landstingsgenomsnitt och tidigare resultat. Även kundklagomål och anmälningsärenden följs upp för att kunna få en bild av om det är någon enhet som inte fungerar som den ska. Kvalitetschefen tar inte del av några utvärderingar eller någon feedback från HSF men poängterar att utfallet av den kvalitetsbaserade ersättningen indirekt fungerar som återkoppling på enhetens prestation. Kvalitetschefen berättar att de har märkt att resultaten inom ekonomi och kvalitet ofta hänger ihop, därför sitter hon med när enheter som har ekonomiska problem granskas. (Kvalitetschef, Praktikertjänst)

Inom Praktikertjänst har varje enhet en verksamhetsrådgivare som fungerar som länken mellan verksamheterna och huvudkontorets stabsfunktioner. Verksamhetsrådgivarna hjälper verksamhetscheferna med budgetering och frågor gällande bland annat bemanning samt följer upp verksamheten. Varje verksamhetsrådgivare ansvarar för 60-80 verksamheter, avgränsade till en geografisk region samt hälso- och sjukvård. I verksamhetsrådgivarnas arbetsbeskrivning står att varje mottagning ska följas upp en till två gånger per år men det kan bli fler beroende på hur verksamheten går. (Verksamhetsrådgivare, Praktikertjänst)

I de avtal och beslut som Praktikertjänst AB har tecknat med sina vårdenheter finns bestämmelser att enheterna ska ha en viss ekonomisk buffert. En mottagning som ännu inte uppnått företagets stabilitetskrav gällande bland annat ekonomi kräver oftast ett tätare samarbete mellan verksamhetsrådgivare och ledningsgrupp. Det finns även en arbetsgrupp som bara arbetar med dessa mottagningar och där framtidsutsikter och eventuella hot och möjligheter diskuteras. Om enheten går bra både verksamhetsmässigt och ekonomiskt träffar verksamhetsrådgivaren dem endast någon gång per år. (Verksamhetsrådgivare, Praktikertjänst)

Det finns få fasta bestämmelser från Praktikertjänst för hur utvärderingen av enheterna ska gå till så det är upp till varje verksamhetsrådgivare att till stor del själva utforma hur de vill arbeta. Vid uppföljningarna analyseras generellt enhetens intäkter genom att titta på besöksstatistik och antalet listade patienter. I dagsläget följer verksamhetsrådgivarna inte några av de kvalitetsindikatorer som styr den kvalitetsbaserade ersättningen. (Verksamhetsrådgivare, Praktikertjänst)

5. Analys

I detta avsnitt kommer den insamlade empirin att analyseras med hjälp av de teorier som beskrevs i det teoretiska ramverket. Först analyseras HSF:s uppföljning för att kunna användas som en referenspunkt för att jämföra de olika vårdleverantörernas uppföljning. Sedan följer en analys av vårdleverantörernas uppföljning. Denna sektion startar med en analys av vårdleverantörernas arbete med avvikelser och ledningssystem då den delen av uppföljningen som är gemensam för alla.

Efter detta gås resterande uppföljningsprocesser igenom för respektive vårdleverantör. Då det sällan är tal om rena former av en specifik sorts kontroll, utan snarare blandformer, analyseras alla typer av kontroll samtidigt. I slutet av analysen av varje vårdgivare görs en reflektion om hur uppföljningen förhåller sig till den uppföljning HSF genomför. Slutligen följer en analys där formerna av resultatmätning som används analyseras gemensamt för alla vårdleverantörer och HSF.

5.1 Former av kontroll

5.1.1 Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

HSF använder sig av en stor mängd prestationsmått i sin utvärdering. Dessa är uppdelade i fem olika områden som representerar de resultat som HSF vill att vården slutligen ska uppnå. Det är dock svårt att formulera konkreta mätparametrar för att utvärdera resultatuppfyllelsen inom dessa områden. På grund av denna svårighet använder sig HSF i många fall istället av handlingsfokuserad kontroll för att styra vårdleverantörernas handlande i en riktning som man tror kommer leda mot det önskade resultatet. Detta kan ses genom att många av de prestationsmått som HSF använder syftar till att utvärdera att vårdleverantörerna har utfört vissa specifika handlingar. Tyvärr finns det inga mått som fullständigt kan klargöra om den vård som patienten får håller en hög kvalitet. Det som är möjligt att göra är att kontrollera om behandlingen har innehållit ”faktorer” som tros hänga samman med en vård av hög kvalitet. Flera av måtten är ett medel för att kunna uppnå de önskade målen och inte alltid en deluppfyllelse i sig. Vissa finns till för att öka möjligheten att mäta vårdens resultat medan andra behöver flera steg för att faktiskt leda mot ett av de fem målområdena. Är vården effektiv för att läkarna alltid registrerar BMI hos hemsjukvårdspatienter? Nej, troligen inte, men att måttet finns gör det mer sannolikt att läkaren även börjar tänka kring frågor om till exempel nutrition för att försäkra att patienten inte lider av undernäring. Det här glappet mellan prestationsmått och det önskade resultatet sänker troligen hur begripligt

prestationsmåttet är för vårdleverantören vilket är avgörande för att resultatfokuserad kontroll ska fungera.

För att motivera vårdleverantörerna att arbeta med vissa prestationsmått använder HSF sig av finansiella incitament. De mått som är kopplade till monetära incitament får ofta stort fokus från vårdleverantörerna och mycket energi läggs på att uppfylla dessa mått. Incitamenten blir troligtvis ännu större på grund av de låga marginalerna i marknaden. Dock bör det betänkas att uppfyllelse av dessa mått egentligen inte är de faktiska resultaten som HSF vill att vården ska nå. Bara för att ett visst mål är uppfyllt betyder det inte nödvändigtvis att vårdleverantören är på väg mot det slutmål som var HSF:s avsikt. Det blir därför av största vikt att vara noggrann med vilka mått som får monetära incitament och även att överväga vilka oväntade negativa effekter måtten möjligen kan leda till. Vårt intryck är att HSF är väl medvetna om de svårigheter som de monetära incitamenten innebär. De försöker hantera dem genom att bland annat diskutera de monetära incitamenten med vårdleverantörerna genom ”Dialoggruppen” för att se att de får önskad effekt.

HSF publicerar vårdleverantörernas resultat öppet så att alla vårdleverantörer och allmänheten kan följa dem. Delar av resultaten från patientenkäten publiceras via ”Öppna jämförelser” på Vårdguiden för allmänheten och resultaten på prestationsmåtten görs tillgängliga för vårdleverantörerna via LUD-databasen. Detta gör att vårdleverantörerna kan jämföra sina egna resultat med andras och skulle därför kunna verka som ett incitament att prestera bättre. Att alla kan se övriga vårdleverantörers resultat bör kunna utveckla ett gruppträck att prestera bra samtidigt som det ökar sannolikheten för självövervakning. Det här bör därför kunna ses som en kombination av personal- och kulturfokuserad kontroll. De vårdleverantörer som vi har träffat har, med undantag för Legevisitten, inte använt sig av dessa informationskällor i någon betydande omfattning på företagsnivå. Det finns dock möjligheter att dessa används på enhetsnivå vilka inte berörts av vår studie.

Den ursprungliga avsikten med HSF:s uppföljning är att man ska ha en resultatfokuserad kontroll. På grund av de mätproblem som de önskade resultaten har, används dock i många fall handlingsfokuserad kontroll som i det här fallet är enklare att definiera och mäta.

5.1.2 Vårdleverantörer

Nedan analyseras vårdleverantörernas uppföljning. Först analyseras samtliga vårdleverantörers arbete med avvikelser och hantering av ledningssystem då denna del är

likartad dem emellan. Sedan följer den övriga uppföljningen per vårdleverantör som först analyseras var för sig för att sedan jämföras med HSF.

5.1.2.1 Avvikelser och ledningssystem

Alla vårdleverantörer som vi har träffat berättar att arbetet med avvikelser och avvikelshantering är betydande delar i deras kvalitetsarbete. Att ha dokumenterade rutiner för att kunna upptäcka och analysera avvikelserna ses även som en självklarhet. Dessa två processer inom kvalitetsarbetet omfattas av kravet på ett ledningssystem. Kravet på att ha ett ledningssystem kommer från Socialstyrelsen men finns även inkluderat i HSF:s Förfrågningsunderlag och är tvingande för vårdleverantörerna att arbeta med. Socialstyrelsen ställer inga detaljerade krav på hur vårdleverantörerna måste arbeta med avvikelser utan säger i huvudsak bara att det måste ske på ett systematiskt sätt och att de måste ha dokumenterade rutiner.

Det här kravet bör ses som en form av handlingsfokuserad kontroll av det slag som Merchant och Van der Stede (2007) kallar handlingsansvar. Det kommuniceras tydligt att vårdleverantörerna måste gå igenom ”handlingen” att sätta upp och använda ett ledningssystem. Konsekvenserna av att inte agera på det korrekta sättet innebär att leverantören inte följer avtalet mot HSF och kommer i förlängningen resultera i att rätten att bedriva vård tas ifrån dem. Detaljnivån i kontrollen från HSF och Socialstyrelsen är dock låg och lämnar stort utrymme för vårdleverantörerna att själva utforma hur de vill arbeta med sitt ledningssystem. Detaljnivån går dock upp när det kommer till kontrollen mellan vårdleverantörerna på företagsnivå och de enskilda enheterna. Det finns ofta tydliga rutiner för hur avvikelser ska hanteras och användas för att utvärdera befintliga processer.

Alla vårdleverantörerna har, eller är på gång, med att ISO-certifiera sina ledningssystem, vilket kraftigt formaliserar sättet som vårdleverantörerna måste utforma och använda sitt ledningssystem på. Ett ytterligare åtagande som vårdleverantörerna tar på sig genom ISO-certifieringen är interna och externa revisioner. Ett syfte med det här extra, icke obligatoriska, steget är att det fungerar som ett sätt för vårdleverantörerna att signalera betydelsen av arbetet med framförallt avvikelser. Den externa revisionen ger även validitet till deras arbetssätt. Att signalera detta kan troligen vara extra viktigt på vårdvalsmarknaden eftersom en överlägsen kvalitet är vårdleverantörernas enda konkurrensmöjlighet.

5.1.2.2 Stockholms Läns Sjukvårdsområde

De enheter som SLSO har är till stor del väldigt autonoma och SLSO använder framförallt resultatfokuserad kontroll. Ett exempel är att varje enhet har ett tydligt ekonomiskt mål som de ska uppnå och som de följs upp mot varje månad. Organisationens övriga mål kommuniceras till stor del genom den övergripande verksamhetsplanen och styrkortet. Styrkortet blir ett tydligt exempel på resultatfokuserad kontroll då det tydligt anger vad som ska mätas, hur det ska mätas och vilken nivå som ska vara uppfyllt. Genom att göra det obligatoriskt för enheterna att själva konkretisera en handlingsplan, utifrån de övergripande målen i styrkortet, styr SLSO enheternas agerande och utövar därigenom även en handlingsfokuserad kontroll. Varje enhet ska ange mål som hjälper till att uppnå organisationens övergripande mål, målnivåer, samt vilka handlingar som planeras att genomföras för att nå de uppsatta målen. Den handlingsfokuserade kontrollen förstärks av att varje enhets handlingsplan granskas på förhand. Handlingsplanerna ger enheterna en möjlighet att fokusera på de områden där de själva måste förbättras samtidigt som SLSO får konkreta mål att utvärdera enheterna emot.

Det styrkort som används under 2013 för hela SLSO har inte mycket gemensamt med utvärderingen av husläkaruppdraget som HSF genomför. En trolig anledning till detta är att styrkortet är övergripande för hela SLSO som har fler vårdavtal än husläkaravtalet i sin verksamhet. Det är mera troligt att de enskilda enheternas handlingsplaner är påverkade av de prestationsmått som HSF använder. Då vi inte har studerat handlingsplanerna kan vi dock inte med säkerhet säga hur, eller till vilken grad de är påverkade av HSF:s prestationsmått.

De samordnande cheferna för primärvården tittar dock inte enbart på SLSO:s egna mål utan även på de avtalsspecifika mål som kommer från HSF. Ansvaret för en stor del av uppföljningen av dessa ligger dock på enheterna själva. Detta tror vi är på grund av det stora antal enheter varje chef ansvarar för och att det är i linje med organisationens uppfattning om att möjligheten att ta korrekta beslut är större närmare själva verksamheten.

SLSO utövar således även för kvalitén en resultatfokuserad kontroll där enheterna själva ansvarar för att de uppnår de mål som HSF ställer. Detta kontrolleras sedan av de samordnande cheferna som även kan erbjuda hjälp vid problem. Den samordnande chefen bekräftar att det ofta läggs mer fokus på de mål som ligger till grund för kvalitetsbaserad ersättning.

Det stora utbildningsprogram som SLSO:s personal har genomgått är ett tydligt exempel på personalfokuserad kontroll. Personalen utbildas inom sitt arbete och får se hur inrapporterad data kan användas för att förbättra verksamheten. Denna utbildning leder till att medarbetarna får rätt kunskap och motivation för att kunna rapportera in användbar verksamhetsdata. Detta bör i längden leda till att SLSO bättre kan följa sina prestationer och resultat och därigenom utöva en mer effektiv resultatfokuserad kontroll.

Det kvalitetsbokslut som SLSO sammanställer varje år kan liknas vid de öppna jämförelser som HSF publicerar. Genom att alla enheters prestation visas upp i detalj och är möjliga att jämföra med varandra skapas ett grupptryck att bli bättre. Ingen vill ju vara sämst. På samma sätt som hos HSF bör detta kunna ses som en kombination av personal- och kulturfokuserad styrning men som troligtvis verkar kraftigast på enhetsnivå.

Som beskrivits ovan använder sig SLSO, på en högre organisatorisk nivå, i huvudsak av resultatfokuserad kontroll med inslag av handlingsfokuserad kontroll. Denna styrning kompletteras till viss del av personal- och kulturfokuserad kontroll framför allt för att öka effektiviteten av den resultatfokuserade kontrollen. De utvärderingar som SLSO gör på den granskade nivån är på många sätt frikopplad från den uppföljning som HSF gör av husläkaruppdraget. Det som har haft påverkan är de kvalitetsindikatorer som ligger till grund för den kvalitetsbaserade ersättningen.

5.1.2.3 Legevisitten

Legevisittens huvudsakliga uppföljning av sina enheter sker med hjälp av de kvalitetsparametrar som HSF har satt upp. Detta betonas ytterligare genom att majoriteten av de data de använder i sina egna interna uppföljningar kommer från HSF:s databas. Extra fokus läggs dock på de kvalitetsindikatorer som ligger till grund för den kvalitetsrelaterade ersättningen. Legevisitten har således inkorporerat HSF:s prestationsmått näst intill rakt av i sin egen utvärdering av sina enheter. Enheterna utvärderas även mot tydliga ekonomiska mål som följs upp månadsvis. Både de ekonomiska kraven och det faktum att enheterna ska uppnå de nivåer som HSF satt är exempel på resultatfokuserad kontroll.

Vår uppfattning är att ledningen hos Legevisitten är mer involverade i styrningen av den operativa verksamheten jämfört med de andra organisationerna som vi har träffat. Detta kan troligen förklaras med att Legevisitten är en mindre organisation med färre enheter. Detta gör det möjligt att behålla en större mängd direkt kontroll genom löpande kontakt. Även om Legevisitten till stor del använder sig av resultatfokuserad kontroll gör den nära kontakten

med verksamheten att denna typ av kontroll i stor utsträckning blandas med handlingsfokuserad kontroll genom löpande diskussioner om hur enheterna bör handla.

För att komplettera de kvalitetsmått som HSF använder sig av har Legevisitten även formulerat verksamhetsmål för att tydliggöra vad enheterna ska fokusera extra på. På samma sätt som hos SLSO ska de enskilda enheterna konkretisera verksamhetsmålen till mål för den egna enheten samt hur detta ska uppnås. Vi anser att det även här fungerar som en form av handlingsfokuserad kontroll som leder till att Legevisitten har mer konkreta mål att utvärdera enheterna emot.

Legevisitten använder sig på företagsnivå i huvudsak av resultatfokuserad kontroll med inslag av handlingsfokuserad kontroll. Deras utvärdering av vårdens kvalitet är utifrån vad vi kan se starkt påverkad av de prestationsmått som HSF använder sig av.

5.1.2.3 Aleris

I likhet med tidigare beskrivna vårdleverantörer har Aleris en tydlig månadsvis ekonomisk uppföljning som en del av den resultatfokuserade kontroll som företaget har mot sina enheter. På den nivå av organisationen vi har studerat används även en månadsrapport för att följa kvalitén löpande. I månadsrapporten har man valt att följa vissa prestationsmått som man anser är de viktigaste för en god kvalitet. Månadsrapporten har införts för att hålla kvalitetsarbetet levande och närmare kunna följa affärsområdena under året. Eftersom tiden mellan prestationen och uppföljningen på det sättet minskas får affärsområdena större möjlighet att åtgärda låga resultat i tid. Detta är ett exempel på att måtten kommer i rätt tid vilket ökar kontrollens effektivitet. Varje år genomförs även en årlig kontroll som är mer utförlig och inkluderar de mål som HSF utvärderar. Detta är exempel på resultatfokuserad kontroll där satta mått utvärderas.

Aleris organisation består av flera separata nivåer mellan de verksamhetsansvariga på enheterna och de chefer vi har träffat. Genom våra intervjuer kan vi konstatera att delar av den uppföljning vi sett hos andra vårdleverantörer sker på lägre nivåer än den vi studerar hos Aleris. Detta, i kombination med den nyligen gjorda omstruktureringen, gör det svårare för oss att få en översikt över den uppföljning Aleris gör. De många nivåerna påverkar troligen även antalet prestationsmått som används på den studerade divisionsnivån samt hur detaljerat dessa redovisas. Den information som redovisas är i många fall konsoliderad och visar därför resultatet för hela primärvården och inte enbart för husläkaruppdraget.

På den nivå som vi har studerat använder sig Aleris framför allt av resultatfokuserad kontroll. Uppföljningen inom Aleris är, vad vi kan se, väldigt lite påverkad av den uppföljning som HSF gör av husläkarmottagningarna. De personer som vi har pratat med berättar att vissa av de parametrar som HSF följer upp, till exempel de indikatorer som är grunden för den kvalitetsbaserade ersättningen, följs upp men att detta görs på lägre nivåer i organisationen än den studerade.

5.1.2.4 Praktikertjänst

Även Praktikertjänst har ekonomiska mål för sina enheter men dessa är av en annan karaktär. Målen följs upp varje månad och är ett tydligt exempel på resultatfokuserad kontroll. Då Praktikertjänsts koncept bygger mycket på att deras enheter ska vara autonoma från moderbolaget utövar de lite kontroll över enheterna i övrigt. Inom kvalitetsarbetet, på den nivå vi har studerat, fokuseras främst på avvikelshantering och dokumentering av rutiner. Den här delen av kvalitetsarbetet har beskrivits gemensamt för alla vårdleverantörer tidigare i analysen.

Det nya uppföljningsverktyget ”Kvalitetsdialog” syftar till att enheterna ska börja tänka mer runt kvalitetsarbetet samt att sprida information mellan enheterna med hjälp av dialoggruppen. Flera av de ämnen som berörs i checklistan för dialogsamtalen gäller hur enheterna själva arbetar för att kontrollera att en hög kvalitet efterlevs. Dialogsamtalen kan ses som en kombination av flera olika typer av kontroll. Genom att det under samtalet kontrolleras att enheten arbetar med bland annat kvalitetskontroll och avvikelser på ett tillfredsställande sätt, fungerar samtalen som en typ av handlingskontroll. Vetskapen om att en kollega kommer att kontrollera ens arbetssätt bör enligt vår åsikt även leda till att enheterna vill prestera bättre. Detta bör medföra en ökad grad av självövervakning, en typ av personalfokuserad kontroll. Gruppen fungerar även som en kunskapsbank för hur man kan lösa olika problem. Samtalen bör därför även kunna fungera som en sorts utbildning för både dialoggruppen och enheten som blir utvärderad. Denna träning i att lösa problem på enheten bör även det ses som en form av personalfokuserad kontroll. Slutligen skulle dialogsamtalen möjligen kunna vara en typ av övervakning medarbetare emellan samt skapa ett grupptryck för att prestera bra, vilket skulle vara en form av kulturfokuserad kontroll.

Praktikertjänst har, jämfört med de andra vårdleverantörerna vi har träffat, en mindre utpräglad kontroll av sina enheter. Vi tror att detta har ett samband med den ägarform som Praktikertjänst har. När de som driver verksamheterna själva är ägare av bolaget bör detta

medföra att de bryr sig om hur företaget presterar. Med andra ord att agenten och principalens mål inte är lika vitt skilda. Detta anser vi bör leda till att de har en högre grad av självövervakning och även att det kan uppstå ett visst grupptryck att prestera enheterna emellan. Detta är dock ingenting vi kan säga med säkerhet då vi endast undersökt på företagsnivå. Den utvärdering som ändå finns är inte särskilt påverkad av den utvärdering som HSF gör.

5.2 Resultatmätning

5.2.1 Kvantifierad eller narrativ resultatmätning

Nästan uteslutande all löpande uppföljning som HSF utför av husläkaruppdraget är en form av kvantitativ resultatmätning. Denna uppföljning kompletteras dock i flera fall av narrativ resultatmätning om den kvantifierade resultatmätningen visar på för låga resultat. Den kvantifierade uppföljningen är troligen en bra form av resultatmätning för HSF eftersom den gör det enkelt att jämföra enheterna med varandra och över tid samt se om de har uppnått den miniminivå som HSF satt upp för kvalitén. I förlängningen gör även denna jämförbarhet att HSF har möjlighet att publicera data i sina ”Öppna jämförelser” vilket ger patienterna/medborgarna i länet en chans att göra mer informerade val. Detta stärker patienternas/medborgarnas position på marknaden vilket var ett av huvudsyftena med införandet av Vårdval Stockholm. Den kvantifierade resultatmätningen gör även att HSF kan få en snabb överblick över hur enheterna har presterat på olika områden och välja att mäta mer detaljerat på de områdena där de brister i sin kvalitet. Genom att komplettera den kvantitativa resultatmätningen med en narrativ del kan HSF troligen kompensera för vissa av de svagheter som finns med den kvantifierade resultatmätningen och få en mer nyanserad bild över enheternas prestation.

Flera av vårdleverantörerna som vi har träffat har valt att använda sig av liknande modeller i delar av uppföljningen av sina enheter. Två av de tydligaste exemplen är Aleris månadsrapporter för kvalitet och Legevisittens ekonomiska månadsuppföljningar. Vi tror dock inte att detta har något samband med att HSF gör på detta sätt utan enbart att det är ett effektivt sätt att få mer detaljerad information om avvikande resultat.

Inom SLSO använde man sig tidigare av narrativa resultatmätningar när det kom till enheternas egna utvecklingsområden men SLSO har valt att frångå detta till förmån för de handlingsplaner med kvantifierade mål som varje enhet nu formulerar. Detta framförallt för

att få en jämnare kvalitet på de formulerade målen och enklare kunna kontrollera enheternas måluppfyllelse i efterhand.

5.2.2 Olika former av prestationsmätt

Alla vårdleverantörer som vi har studerat på använder sig av både finansiella och icke-finansiella resultatmätt. Generellt finns det dock tydligare formulerade mått och uppföljningar för enheternas finansiella resultat än för deras icke-finansiella prestation. Detta kan troligen ha flera anledningar men två av de mest betydande kan vara att alla företagen redan har uppsatta system för att följa ekonomin eftersom det redan görs månadsavstämningar. Flera intervjuobjekt framhåller även att det är extra viktigt att följa ekonomin på grund av marknadens låga vinstmarginaler.

Traditionellt sett anses finansiella prestationsmätt vara utfallsmätt som visar resultatet av något som redan har hänt medan icke-finansiella prestationsmätt ses som drivande mått som ger en indikation om framtiden. Däremot verkar det motsatta förhållandet finnas i den uppföljning som HSF genomför. HSF mäter löpande vårdleverantörernas finansiella stabilitet eftersom låg soliditet lätt får negativa effekter på patientsäkerheten och vårdkvalité i framtiden. Hos vårdleverantörerna verkar fortfarande det traditionella sambandet med finansiella mått som utfallsmätt finnas. Flera vårdleverantörer påpekar dock att de använder låga finansiella resultat som en varningsflagga för att någonting är fel med kvalitén också.

Vi tror att det faktum att de finansiella måtten får en betydande roll för vårdleverantörerna, trots att branschen präglas mycket av kraven på hög kvalitet, är för att de är enklare att ta fram.

Inom vården är det svårt att ta fram talande icke-finansiella mått eftersom verksamheten de ska spegla är så komplex. Detta gör att informationen kraftigt måste anpassas. Husläkaruppdraget är ett väldigt brett uppdrag som inkluderar många olika typer av verksamheter, vilket ytterligare försvårar att ta fram konkreta icke-finansiella mått både för beställaren och vårdleverantörerna. Många av de icke-finansiella måtten som HSF använder är även svåra att följa löpande över året då de är baserade på information som endast rapporteras årsvis.

6. Slutsats

Den uppföljning som HSF gör har ingen markant påverkan på den uppföljning som vårdleverantörerna själva använder på den studerade organisationsnivån. Den del av HSF:s uppföljning som får störst genomslagskraft är de kvalitetsindikatorer som ligger till grund för

den kvalitetsbaserade ersättningen. Alla de studerade vårdleverantörerna uppger att de följer dessa mått, dock sker inte uppföljningen alltid på den studerade nivån.

Den vårdleverantör vars uppföljning har mest gemensamt med HSF:s är den minsta av de studerade organisationerna. Detta skulle kunna ha ett samband med att den studerade uppföljningen sker närmare enheterna som producerar vården. Vilken uppföljning vårdleverantörerna har på en högre organisatorisk nivå verkar således vara mer påverkad av den organisatoriska strukturen än av HSF:s uppföljning.

Resultat- och handlingsfokuserad kontroll är de mest förekommande i uppföljningen både inom HSF och den studerade organisationsnivån hos vårdleverantörerna. Dessa kompletteras dock i vissa fall av personal- och kulturfokuserad kontroll för att förstärka effekten av de huvudsakliga formerna av kontroll. Detta för att den verksamhet som kontrolleras befinner sig långt ifrån uppföljningen sker.

Den resultatmätning som används av både HSF och vårdleverantörerna är till största del kvantifierad. Dock finns det i många fall narrativa inslag i de fall den kvantifierade informationen behöver förklaras ytterligare. Eftersom HSF inte har någon finansiell uppföljning att tala om är det endast inom uppföljningen av kvalitén som deras uppföljning kan påverka vårdleverantörernas egen uppföljning.

7. Förslag till framtida forskning

Då vår studie är begränsad till endast en nivå i vårdleverantörernas organisation går det inte att dra några slutsatser om den totala inverkan som HSF:s uppföljning har på vårdleverantörerna. Det vore därför intressant att göra en vertikal studie där effekten undersöks i vårdleverantörernas hela organisation. Då skulle det även kunna undersökas vilken information som förs vidare mellan olika organisatoriska nivåer. Det vore även intressant att studera beställarens påverkan genom sin uppföljning på andra vårdområden som regleras av vårdval samt vårdvalssystem i andra landsting för att kunna dra mer generella slutsatser.

I studien kan vi se att den del av HSF:s uppföljning som har störst påverkan är de kvalitetsindikatorer som är kopplade till den kvalitetsbaserade ersättningen. En studie som studerar ersättningsmodellens inverkan på vårdleverantörernas utvärdering och val av prestationsmått skulle därför vara av intresse.

Samtliga intervjuobjekt i studien har påpekat svårigheten att mäta vård, och vad som är bra vård, på ett effektivt sätt. En studie i hur mätning ska ske för att fånga de faktiska effekterna av vården anser vi därför skulle vara välbehövlig.

Källor

Skriftliga källor

ALERIS AB, n.d.. *Om Aleris*. Tillgänglig [online] <http://www.aleris.se/Om-Aleris/> [2013-05-05]

ALERIS AB, n.d.. *Division Primärvård och Diagnostik*. Tillgänglig [online] <http://www.aleris.se/Om-Aleris/Kontakta-oss/Divisionsledning-Diagnostics/> [2013-05-06]

HAGBJER, E. 2010. *Oversight from All Sides: Following Up Outsourced Care in Sweden*. Working paper presented at 6th international conference on accounting, auditing and management in public sector reforms in Copenhagen, 2010

HOOD, C., 1995. *The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme*. Accounting, Organization and Society, 20(2/3), ss.93-109.

HOOD, C., 1991. A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, **69**(1), ss. 3-19.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, 2013. *Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval: Husläkarverksamhet med basal hemvård*. Giltig från 2013-03-01. Stockholm: Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen

ITTNER, C.D., LARKER, D.F. 2003. *Coming Up Short on Nonfinancial Performance Measurement*. Harvard Business Review, 81(11), ss.88-95.

JENSEN, M.C., MECKLING, W.H. 1976. *Theory of the Firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*. Journal of Financial Economics, 3(4), ss.305-360.

KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. 2005. *The Balanced Scorecard: Measures that drive performance*. Harvard Business Review, 83(7/8), ss.172-180.

KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. 1996. *The Balanced Scorecard: Translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press

KVALE, S., BRINKMANN, S., 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

LAUGHLIN, R., 1995. *Empirical research in accounting: Alternative approaches and a case for "middle-range" thinking*. Accounting, Auditing & Accountability Journal, 8(1), ss. 63-87.

LEGEVISITTEN, n.d.. *Om oss*. Tillgänglig [online] <http://www.legevisitten.se/meny.aspx?menyid=413> [2013-05-05]

MELNYK, S.A., STEWART, D.M., SWINK, M. 2004. *Metrics and performance measurement in operations management: dealing with the metrics maze*. Journal of Operations Management, 22(3), ss.209-218.

MERCHANT, K.A., VAN DER STEDE, W.A. 2007. *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. 2nd ed. New York : Financial Times/Prentice Hall

PORTER, T.M., 1995. *Trust in Numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

PRAKTIKERTJÄNST AB, 2012. Årsredovisning 2012. Tillgänglig [pdf]
<http://www.praktikertjanst.se/Om-Praktikertjanst/Det-har-ar-Praktikertjanst/Foretagsfakta/Arsredovisning/> [2013-04-21]

RYAN, B., SCAPENS, R.W., THEOBALD, M., 2002. *Research method and methodology in finance and accounting*. 2nd ed. London: Thomson.

SFS 1982:763. Hälso-och Sjukvårdslagen. Tillgänglig [online] 2012-12-28
<http://www.notisum.se/pub/Doc.aspx?url=/rnp/sls/lag/19820763.htm> [2013-05-03]

SOCIALSTYRELSEN, SOCIALSTYRELSENS FÖRFATTNINGSSAMLING, 2011. *SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Tillgänglig [pdf] http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9/Documents/SOSFS_2011_9.pdf [2013-05-06]

STOCKHOMS LÄNS LANDSTING, 2013. *Hälso-och Sjukvårdsförvaltningen*. 2013-03-26. Tillgänglig [online] <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=19035> [2013-04-23]

STOCKHOMS LÄNS LANDSTING, 2012. *Hälso- och Sjukvårdsnämnden*. 2012-12-11. Tillgänglig [online] <http://sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=26772> [2013-04-23]

STOCKHOMS LÄNS LANDSTING, 2012. *Årsredovisning 2011*. Tillgänglig [pdf]:
http://www.sll.se/upload/Rapporter/SLL_%C3%A5r11_hela.pdf [2013-05-03]

STOCKHOMS LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE, 2013. *Om oss*. Tillgänglig [online]
http://www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_2106.aspx [2013-05-07]

STOCKHOMS LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE, 2012. *Kvalitetsbokslut 2012*. Stockholm: Stockholms Läns Sjukvårdsområde.

SVERIGES KOMUNER OCH LANDSTING, 2012. *De olika vårdsystemen har kartlagts*. [press: nyheter 2012] 2012-09-27. Tillgänglig [online]
https://www.skl.se/press/nyheter_2/nyheter-2012/de-olika-varldvalssystemen-har-kartlagts [2013-05-08]

UPPDRAGS GUIDEN, STOCKHOMS LÄNS LANDSTING, 2013. *Godkända vårdgivare: Husläkarmottagningar*. Feb 2013. Tillgänglig [online]
<http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Auktoriserade-varldgivare/> [2013-03-06]

UPPDRAGS GUIDEN, STOCKHOMS LÄNS LANDSTING, 2013. *Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*. Tillgänglig [online] <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera->

[avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Vardvalsomraden/Vardval-Huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/](#) [2013-04-04]

UPPDRAGS GUIDEN, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, 2013. *Översikt: Vårdval och upphandlingar i SLL*. Tillgänglig [pdf] <http://www.uppdragsguiden.sll.se/upload/Avtal/Auktorisering/OversiktVardvalUpphandlingar130416.pdf> [2013-03-06]

UPPDRAGS GUIDEN, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, 2012. *Uppföljningsplan 2012: Uppdragsgemensam uppföljningsplan för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, 2012*. Tillgång [online, word-dokument] <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Vardvalsomraden/Vardval-Huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/> [2013-02-22]

Muntliga källor

ALERIS, Chef för ekonomi och controlling, Division Primärvård och Diagnostik, 2013-04-23

ALERIS, Chef för kvalitet och miljö, Division Primärvård och Diagnostik, 2013-04-18

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, Analytiker, Enheten för Vårdanalys och Statistik, Utvecklingsavdelningen, 2013-04-02

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, Enhetschef för allmän medicin, 2013-03-28

LEGEVISITTEN, Ekonomichef, 2013-04-19

LEGEVISITTEN, Kvalitets- och miljöchef, 2013-04-19

PRAKTIKERTJÄNST, Kvalitetschef, 2013-03-22

PRAKTIKERTJÄNST, Verksamhetsrådgivare, Hälso- och Sjukvård, 2013-04-15

STOCKHOLMS LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE, Ekonomidirektör, 2013-04-11

STOCKHOLMS LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE, Samordnande chef för Primärvården Norra Innerstan, Täby, Österåker, Vallentuna, Danderyd, Lidingö, Järfälla, Upplands Bro, Solna, Sundbyberg, Nacka, Värmdö, Tyresö och Haninge, 2013-04-12

Interna dokument

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, *Checklista inför driftstart av husläkarverksamhet med basal sjukvård*.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, *6-månadersuppföljning av husläkarmottagning*

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING,
Uppföljningsindikatorer HLM 2013

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING,
Återkoppling Liljeholmens VC

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING,
Oanmält uppföljningsbesök vid husläkarverksamhet.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING,
*Granskning avseende kassaregistreringar och journaldokumentation vid Stureplans
Husläkarmottagning, Riddargatan 1, 114 35 STOCKHOLM.*

PRAKTIKERTJÄNST, *Kvalitetsdialog – checklista.*

STOCKHOLMS LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE, *Verksamhetsplan och styrkort för SLSO
2013.*

Appendix A – Citat

Citat Sid 9: “..all the devices or systems managers use to ensure that the behaviors and decisions of their employees are consistent with the organization’s objectives and strategies.”

Svensk översättning: “..alla de verktyg eller system som chefer använder för att försäkra sig om att de anställdas beteende och beslut är i linje med organisationens mål och strategier”

Citat Sid 10: ”What you measure is what you get”

Svensk översättning: “Vad du mäter är vad du får”

Appendix B – Intervjufrågor

Frågor till vårdleverantörer Om organisationen

Vad är din roll inom organisationen?

Har du någon kontakt med HSF?

Intern uppföljning

Hur följer ni upp organisationens prestation?

Hur följer ni olika vårdenheters prestation?

Vad ingår i en uppföljning och hur genomförs den?

Hur, och av vem, genomförs uppföljningen?

Hur utformas och tolkas de mått som används?

Hur används resultaten av uppföljningarna?

Vem/vilka är de tänkta mottagarna av uppföljningen?

Vilket/vilka mått brukar vara de med störst genomslagskraft?

Vad är styrkorna och svagheter i ert system?

Om det inte finns en intern uppföljning, vilka är anledningar till detta?

Hur ofta uppdateras vad som ingår i uppföljningarna och vilka prestationsmått som används?

Extern uppföljning

Vem/vilka organisationer följer upp er prestation?

Vad ingår i deras uppföljningar och hur genomförs den?

Hur ofta, och av vem, genomförs den?

Vad tror ni är anledningen till att just de måtten ingår i uppföljning?

Används resultaten från de externa uppföljningarna av er internt?

Vem/vilka är de tänkta mottagarna av uppföljningen?

Vilket/vilka mått brukar vara de med störst genomslagskraft?

Vad är styrkorna och svagheter i uppföljningarna?

Hur ofta tittar ni själva på de mått som HSF använder vid sin uppföljning?

Får ni någon feedback på de externa uppföljningarna? På vilket sätt?

Övrigt

Har vårdval Stockholm påverkat uppföljningen och hur den genomförs? Har det påverkat prestationsmåten?

Frågor till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Om organisationen

Vad är HSF:s syfte och ansvarsområde i SLL?

Hur är organisationen uppbyggd?

Vad är din roll inom organisationen?

Har du kontakt med vårdleverantörer?

Vårdleverantörer

Vad krävs för att bli godkänd som vårdleverantör?

Vad händer om en vårdleverantör inte uppfyller alla krav efter en tid?

Uppföljning

Vilka olika uppföljningar görs på vårdcentraler och de företag som äger dem?

Vad är syftet med dessa?

Vem utför uppföljningarna?

Hur ofta följs enheterna upp? Varför den frekvensen?

Var kommer informationen till uppföljningarna ifrån?

Vad används uppföljningarna till? Vem ska ta del av dem?

Vad får dåligt resultat på uppföljningarna för konsekvenser?

Får vårdföretagen eller vårdcentralerna någon feedback på uppföljningarna?

Hur ofta uppdateras/ändras uppföljningarna?

Resultatmätning

Vilka mått samlar ni in information om? Vilka av måtten görs det en bedömning av?

Hur ofta samlas de in? Varför de olika frekvenserna?

Varför har de måtten valts, vad visar dem?

Hur sätts grundnivåerna för prestationsmåten?

Hur utformas och tolkas de mått som används?

Vilka har fått tycka till om/bidra till att välja ut de mått som används?

Vad är syftet med prestationsmåten som används?

Hur utvärderas själva prestationsmåten?

Hur väljs det ut vilka mått som ska ha finansiella konsekvenser? Varför just dessa mått?

Varför finns det finansiella konsekvenser?

Hur ofta uppdateras/ändras prestationsmåten?

Övrigt

Har vårdval Stockholm påverkat hur utvärderingar är och genomförs?

Har det påverkat prestationsmåten?