

Ekonomistyrning i primärvården

En jämförelse mellan privata och offentliga utförare

Jonas Haraldsson[♫]

Martin Pütsep[♫]

Abstract

The aim of this thesis is to analyze and explain the similarities and differences in management control between a private and a public primary care company. A comparative case study was developed based on one public and one private primary care company in Stockholm County Council. The framework of Otley (1999) was used to define and limit the area of management control systems, according to his five factors. For the analysis of the empirical results Hood's (1995) seven doctrines of New Public Management was applied, and customized to fit the purpose of the study. The results indicate that the differences between the two organizations are very limited. The result can be explained by New Public Management in the sense that it has influenced the primary care structure in place. Elements such as the purchaser-provider model, an extreme compensation plan with focus on production and numerous preset targets from the purchaser in terms of medical and quality success strongly affect the design of management control systems.

Keywords: New Public Management, Primary care, Otley's five factors, Performance management, Management control

♫ 22426@student.hhs.se

♫ 22408@student.hhs.se

Förord

Vi vill börja med att tacka SLSO och HealthCo för att vi fick skriva vårt arbete med er. Vi vill rikta ett särskilt tack till de intervjupersoner som tog sig tid för att hjälpa oss i vår studie. Ert deltagande och varma öppenhet har hjälpt oss enormt. Vi vill vidare tacka vår handledare Åke Magnusson för god vägledning och goda kanelbullar samt övriga medlemmar av The Bachelors för gott mod.

Stockholm, Maj 2015

Jonas Haraldsson och Martin Pütsep

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
1.1	Studiens syfte	2
1.2	Studiens avgränsning.....	2
1.3	Definitioner av centrala begrepp	3
1.4	Uppsatsens disposition	3
2	Tidigare forskning och teori.....	4
2.1	New Public Management	4
2.2	Teoretiska ramverk.....	6
2.2.1	Hoods sju doktriner	6
2.2.2	Otleys fem faktorer för att analysera ekonomistyrning.....	7
3	Metodologiska överväganden	9
3.1	Jämförande kvalitativ fallstudie	9
3.2	Val av studieobjekt.....	9
3.3	Insamlande av data	10
3.3.1	Intervjuer	10
3.3.2	Andra datakällor	11
3.4	Analys.....	11
3.5	Studiens kvalitet	11
3.5.1	Validitet	11
3.5.2	Reliabilitet	12
4	Empiri.....	13
4.1	Primärvården i Sverige.....	13
4.2	Det fria vårdvalet.....	14
4.3	Introducerande beskrivning av studieobjekt	16
4.3.1	Stockholm Läns Sjukvårdsområde.....	16

4.3.2 HealthCo.....	17
4.4 Datainsamling strukturerad utifrån Otleys ramverk.....	18
4.4.1 Mål	18
4.4.2 Strategi	21
4.4.3 Målsättning.....	23
4.4.4 Belöning	24
4.4.5 Uppföljning	26
5 Analys.....	28
5.1 Analys som relaterar till ekonomistyrning enligt Otleys ramverk	28
5.1.1 Mål	28
5.1.2 Strategi	29
5.1.3 Målsättning.....	29
5.1.4 Belöning	30
5.1.5 Uppföljning	30
5.2 Analys som relaterar till primärvårdssystemet.....	31
5.2.1 Unbundling of the Ps into corporatized units organized by product.....	31
5.2.2 More contract based competitive provision, with internal markets and contracts ..	32
5.2.3 More stress on discipline and frugality in resource use	32
5.2.4 More emphasis on visible hands-on top management	33
6 Diskussion	34
6.1 Slutsats	34
6.2 Förslag till framtida forskning.....	35
6.3 Begränsningar.....	35
7 Källförteckning.....	36
8 Appendix	40

1 Introduktion

Debatten om hur välfärden ska utformas och vara finansierad debatteras flitigt. Diskussionen har intensifierats under de senaste åren med skandaler (Stenshamn, 2012), en åldrande befolkning och ett riksdagsval där vården var en viktig fråga. (Sveriges Television, 2014; Statistiska Centralbyrån, 2014). Den tidigare anslagsbaserade vården ansågs vara ineffektiv och därför introducerades New Public Management (NPM) under slutet av 80-talet som ändrade styrningen och organisationerna i den offentliga sektorn dramatiskt. (Hood, 1991 och 1995)

Under mina trettio år har det skett en enorm skillnad hur man förväntas ansvara för och ta ställning. På åttio-talet var det bara att beställa vad du behövde och så var det någon annan som tog ställning till vad pengarna räckte till. Även de som var chefer på den tiden använde pengarna tills de tog slut och sen ringde man och sa att vi behöver mer och då fick man en påse pengar. [...] Då var det omvänt, att det var väldigt väldigt svårt att få tag på doktorer. Det är det kanske också idag men ännu mer på den tiden. Så fick man bara tag på någon som ville komma så fixades det genast pengar till den tjänsten. Så det är helt annorlunda.

Medicinskt ansvarig läkare, SLSO

Enheter blev decentraliserade och verksamhetschefer fick större ansvar för både kvalitativa och kvantitativa resultat. Den offentliga sektorn skulle nu styras som om den vore ett företag för att effektivisera resurshanteringen. (Hood, 1991 och 1995) Ett beställar- och utförarsystem infördes.

Den konkurrens det skulle ge upphov till skulle leda till högre kvalitet så väl som effektivare resurshantering. Hälso- och sjukvårdens system såg konkurrensen öka markant i och med det fria vårdvalet som introducerades under 2010. (Konkurrensverket, 2014) Konkurrensen blev tuffare när patienter nu hade möjlighet att välja bland utförare av både primärvård och specialistvård, privata som offentliga. Agevall (2005) beskriver det som att medborgarna i och med NPM blev ”kunder” på en fri marknad där de kunde köpa offentliga tjänster som nu blev ”produkter”, i vilken som helst av offentliga verksamhetens ”butiker”.

Det nya systemet har dock fått utstå tuff kritik för bl.a. ersättningssystemets fokus på produktion och kvantitet. (Malmgren och Augustin, 2013) Medan diskussionen om alternativa

utformningar av systemet, som t.ex. den värdebaserade vården, går framåt löper en parallell diskussion om huruvida privata inslag ska vara en del av vår välfärd. (Nordenström, 2014)

Det råder dock delade meningar om reformens effekter. Kritiker menar bl.a. att reformen bidragit till större ojämlikhet i vården. (Halldin och Romelsjö, 2012) Men förespråkarna av det fria vårdvalet och det nuvarande systemet pekar ofta på den mångfald och de valmöjligheter det nuvarande systemet medför. (Widegren et al., 2015) Mångfalden och valmöjligheterna gäller inte enbart för patienterna utan arbetstagarna i vården kan med reformen välja mellan fler arbetsgivare vilket efterfrågas. (Vårdföretagarna, 2015)

Det har dock framförts att ökningen av privata utförare i den offentligt finansierade primärvården inte har lett till nytänkande och mångfald som det först var tänkt. (Riksrevisionen, 2014) Möjliga förklaringar som presenteras är bl.a. att kraven från landstinget är styrande och dikterar vem ska utföra vad och hur. En annan förklaring kan ligga i hur företag jobbar med ekonomistyrning.

Det är i den sistnämnda förklaringen som vi väljer att ta vårt avstamp. Forskningen om skillnader mellan privata och offentliga utförare med avseende på ekonomistyrning ger i dagsläget inget entydigt svar. Vi hoppas därför med denna studie kunna bidra till diskussionen.

1.1 Studiens syfte

Denna studie syftar till att beskriva och analysera ekonomistyrningen i primärvården genom att jämföra två utförare, en privat och en offentlig. Frågeställningen blir därmed:

- Vilka likheter och skillnader i ekonomistyrningen finns mellan de två utförarna?
- Hur kan man förklara dessa likheter och skillnader?

1.2 Studiens avgränsning

Vi avgränsar studien geografiskt genom att hålla oss till Stockholms Läns Landsting och eventuella skillnader i andra av HealthCos regioner kommer därför inte att analyseras. Vidare ska vi enbart observera och analysera skillnader som föreligger utan att försöka lägga någon värdering i deras effektivitet och lämplighet inom vården. Begreppet ekonomistyrning är brett men vi kommer använda en definition som utgår ifrån Otleys fem faktorer för analys av ekonomistyrning. Eventuell övrig ekonomistyrning som ligger utanför detta ramverk kommer inte att inkluderas i vår jämförande analys i första forskningsfrågan.

1.3 Definitioner av centrala begrepp

Vi avser i uppsatsen använda en del förkortningar av återkommande ord och vill därför redogöra för definitionerna av vissa begrepp.

- Stockholm – Med Stockholm avses hädanefter Stockholms Läns Landsting om inget annat anges.
- HealthCo – Namnet som används i studien för den privata utföraren av primärvård.
- SLSO – Stockholm Läns Sjukvårdsområde. Avser i studiens SLSOs primärvård.
- Produktion – Avser utförd vård, oftast mätt som besök på vårdcentral för att träffa läkare.

1.4 Uppsatsens disposition

Resten av uppsatsen är disponerad enligt följande: i nästa sektion presenteras och motiveras val av metodik för insamlande av empiri för studien. Vidare presenteras motiv av val för studieobjekt. I den tredje sektionen presentas relevanta teorier och tidigare forskning på området. Det ramverk vilket används för intervjuerna presenteras även där. I fjärde sektionen presenteras empirin, där först primärvårdens organisering och relevant bakgrundsinformation presenteras följt av resultaten från intervjuerna strukturerat utifrån ramverket. I femte sektionen analyseras intervjumaterialet utifrån valda teorier och i den sjätte dras slutsatser och ges förslag på vidare forskning inom området. Där diskuteras även studiens begränsningar.

2 Tidigare forskning och teori

I denna sektion presenteras först relevant tidigare forskning på området som vi i arbetet har använt för att kunna förklara resultatet. Här har New Public Management (NPM) använts i hög grad där Hoods definition används och Agevalls (2005) sammanfattning av befintlig forskning på området redovisas. Vi presenterar därefter vårt teoretiska ramverk för att analysera empirin och använder då som analysverktyg Hoods (1995) sju NPM-doktriner. Vi kommer därefter presentera Otleys (1999) ramverk som består av fem faktorer för att analysera ekonomistyrning som vi använder som struktur vid datainsamlingen.

2.1 New Public Management

New Public Management (NPM) är en samling idéer som beskriver hur den offentliga sektorn reformerades på 1980-talet. Doktrinerna i NPM har beskrivits av ett flertal författare och Hood (1991 och 1995) identifierade gemensamma teman och överlappningar mellan dessa. Han pekar på två huvudsakliga återgångar av det föregående paradigmet Progressive Public Administration (PPA): ta bort eller radera skillnader mellan den offentliga och den privata sektorn och skifta fokus från processer till resultat. Syftet med PPA var att minimera korruption och slösande av skattemedel då man antog att offentligt anställda när som helst skulle försöka sko sig själva på skattemedel. Med NPM flyttade man istället misstron från marknaden till de anställda som man menade var budget-maximerande byråkrater. Man började dessutom använda redovisning i hög grad för att utvärdera verksamheternas resultat. Man introducerade en marknadsorientering med element från den privata sektorn i välfärden. Vidare flyttades fokus från processer till resultat. Ett steg i detta var beställar-utförarmodellen som introducerades i Sverige där man separerade politikerna som beställare från utförarna, som nu även inkluderade privata alternativ. Politikerna dikterade vad som skulle produceras och det skulle vara upp till producenterna att välja hur detta skulle ske. I denna beställar-utförarmodell skulle privata och offentliga utförare konkurrera på lika villkor. Detta menade man skulle öka konkurrensen och därmed förbättra resurshanteringen. (Konkurrensverket, 2014) Vidare introducerades managementtekniker från det privata i offentlig förvaltning som t.ex. benchmarking och balanserat styrkort. (Lapsley, 2008)

Agevall (2005) sammanfattade Hood och andra som försökt beskriva NPM och sammanställde de vanligast förekommande elementen:

- Styrning och kontroll
- Disaggregering – konkurrens
- Ledningsroller – empowerment
- Medborgaren – kund – empowerment
- Nytt språk

Styrning och kontroll innefattar bl.a. mål- och resultatstyrning, strängare finansiell kontroll, kontraktstyrning, prestationsersättningar och att man använder sig mer av jämförelser/benchmarking. Dessa syftar till att öka effektiviteten. Politiker ska dessutom bli bättre på att följa upp och utvärdera måluppfyllelse. Almqvist (2006) beskriver det som att man går från att granska processer till efterkontroll av vad som har uppnåtts, eller från ”vad händer här och nu?” till ”hur gick det?”

Disaggregering – konkurrens handlar om att man skapar kvasimarknader, konkurrensutsätter offentliga sektorn och privatiserar genom att bl.a. överlämna offentliga verksamheter till privata entreprenörer eller avknoppar till personalgrupper. (Agevall, 2005) Vidare ligger ett fokus på disaggregering och separerande av beställare och utförare vilket tar sig uttryck i beställar-utförarmodellen. Detta ska leda till både intern och extern konkurrens. För att kunna skapa kvasimarknader måste tydliga gränser finnas mellan de olika organisationerna och därför fordras en disaggregering av den offentliga sektorn.

Ledningsroller – empowerment handlar om hur politiker ska styra över tjänstemän och byråkratin. Politikerna ska ”styra men inte ro.” (Agevall, 2005) Detta kräver centralisering, samordning och kontroll. Samtidigt ska chefer få handlingsfrihet och utökade befogenheter för att kunna målstyra verksamheten mot fastställda mål och resultat, vilket leder till decentralisering och delegering. Denna motsättning som sker mellan centralisering och decentralisering är en av NPMs paradoxer. (Agevall, 2005)

Medborgare, kund och empowerment beskriver hur medborgarna ska få större makt gentemot politiker och tjänstemän där de bor samt genom sin roll som ”kund” som väljer mellan den offentliga verksamhetens olika ”butiker”.

Nytt språk avser hur man utvecklar en ny terminologi i det offentliga där kommunen presenterar sig som en koncern. Agevall (2005) lyfter fram en rad exempel här: ”Verksamheter blir

resultatenheter, chefstjänstemän tituleras direktörer, service och omsorg blir produktion och produkter, medborgare blir kund, garantier utformas för servicenivåer och kvalitet etc. etc.”

Det pågår en intensiv debatt om NPM ska reformeras eller helt ersättas med ett annat system för att styra den offentliga sektorn. Regeringen har uppmärksammat detta och har tillsatt en utredning för hur styrningen i den offentliga sektorn kan förändras. (Shekarabi, 2015) Syftet är att stärka professionerna i välfärden och skapa nya styrmodeller som ger medarbetare frihet att utvecklas.

2.2 Teoretiska ramverk

2.2.1 Hoods sju doktriner

Hood har sammanställt en lista med sju huvudsakliga beståndsdelar i NPM som många författare har observerat:

1	Unbundling of the Ps into corporatized units organized by product
2	More contract-based competitive provision, with internal markets and term contracts
3	Stress on private-sector styles of management practice
4	More stress on discipline and frugality in resource use
5	More emphasis on visible hands-on top management
6	Explicit formal measurable standards and measures of performance and success
7	Greater emphasis on output controls

Anpassad utifrån Hood (1995, s.4)

Första doktrinen beskriver hur det har skett en disaggregering av producenter ner på mindre resultatenheter, sorterade utifrån produkt. Syftet är att göra enheter mer hanterbara och kunna peka på vad som går fel. En följd är att budgetar på flera nivåer införs och varje enhet blir kostnadscenter. Andra doktrinen handlar om kontraktbaserade villkor och konkurrensutsättning av offentliga organisationer. Konkurrenten införs både mellan det privata och det offentliga men också mellan olika offentliga organisationer. Konkurrenten ses som en nyckel för att hålla nere kostnader och öka kvalitet. Tredje doktrinen behandlar den offentliga sektorns införande av verktyg från den privata sektorn. Hood anger som exempel att man går ifrån ”model employer” ambitioner för att sätta exempel och istället anpassar sig till den privata

sektorns löneförhållanden och villkor. T.ex. pekas på hur man frångår den traditionella dubbla obalansen i betalningsstrukturen i den offentliga sektorn där anställda på lägre nivå får förhållandevis högre betalt och anställda på högre nivå får relativt lägre betalt än den privata sektorn. Fjärde doktrinen pekar på hur man nu lägger fokus på disciplin och sparsamhet i den offentliga sektorn. Man försöker skära ned på direkta kostnader, höja arbetsdisciplinen och göra mer med mindre. Konkreta åtgärder innefattar att minska antalet fast anställda för att öka flexibiliteten och större fokus på resultatet. Man går ifrån den institutionella kontinuiteten och går mot att konstant försöka hitta nya sätt för att använda resurser effektivare. I den femte doktrinen beskrivs introduktion av tydligare ”hands-on-management” som innebär en mer aktiv kontroll av offentliga organisationer av synliga chefer med större frihet att styra som de vill. Man framhåller vikten av att kunna hålla någon ansvarig för allt som sker. Detta står i kontrast mot det föregående paradigmet fokus på policy och regler snarare än managementfärdigheter. Sjätte doktrinen behandlar hur man introducerar explicita och formella mått för prestation. Hood beskriver hur det har inneburit att man inkräktar på vissa professioners tradition av att styra sig själva när en stark målstyrning införs för vissa yrken. Sjunde doktrinen beskriver hur man lägger större fokus på kontroll av output och bl.a. knyter resurser och belöning till resultat. Detta föregicks av ett system där fokus snarare låg på processer och kontroll genom samarbete.

I vår analys kommer vi att dela upp de sju doktrinerna i två delar för att analysera olika delar av empirin. För att analysera empirin som vi strukturerar utifrån Otleys ramverk kommer vi att använda tredje, sjätte och sjunde doktrinen. För att analysera övrig empiri som bl.a. berör primärvårdens organisering, beställar-utförarmodellen, ersättningssystemet och annat kommer vi att använda första, andra, fjärde och femte doktrinen.

2.2.2 Otleys fem faktorer för att analysera ekonomistyrning

Otleys (1999) ramverk utgår ifrån att man analyserar ekonomistyrning genom att titta på fem huvudområden: Objectives, Strategies and plans, Targets, Rewards och Feedback. Dessa har vi i intervjuerna och fortsättningsvis i uppsatsen hänvisat till som: Mål, Strategi, Målsättning, Belöning och Uppföljning. Ramverket består av ett antal frågor inom varje huvudområde:

- Första huvudområdet handlar om hur man definierar sina mål och hur man mäter dem. Valet av mål är av yttersta vikt för den framtida utvecklingen.

- Andra området berör strategier och hur man utför dem. Det handlar om hur man omsätter sina mål till praktiska planer för att kunna genomföra dem.
- Tredje området utreder vad man ska uppnå inom varje område som utgör ett mål, samt hur dessa mål sätts.
- Fjärde området gäller belöning och bestraffning och hur de används för att motivera de anställda att nå målen.
- Femte och sista området handlar om hur uppföljning sker, vilket Otley beskriver som nödvändigt för att en organisation ska lära sig från sin erfarenhet, och därigenom kunna ändra beteende.

Stringer (2007) beskriver hur Otleys ramverk är ett bra verktyg för empiriskt arbete och att den utgör en tydlig grundstruktur för att analysera ekonomistyrning i organisationer.

3 Metodologiska överväganden

I detta avsnitt presenteras och motiveras metodologiska överväganden vilket är viktigt för att låta läsaren bedöma studiens reliabilitet och validitet. Inledningsvis diskuteras studiens övergripande metod vilken kan sammanfattas som en jämförande kvalitativ fallstudie. Därefter presenteras och motiveras val av studieobjekt och de praktiska överväganden som behövde göras. Sedan presenteras tillvägagångssättet för intervjuerna och sist diskuteras reflektioner kring det valda tillvägagångssättet och studiens reliabilitet och validitet.

3.1 Jämförande kvalitativ fallstudie

Vi ämnar använda en jämförande kvalitativ fallstudie där vi analyserar och jämför landstingets utförare med en privat aktör. Fallstudier kan med fördel användas vid forskning om ekonomistyrning där man vill kunna förklara och inte bara beskriva. (Otley & Berry, 1998) Ryan et al. (2002) diskuteras hur det är svårt att generalisera utifrån fallstudier men att syftet snarare är att generera hypoteser för vidare testning i större stickprov. Yin (2003) håller med om att syftet inte huvudsakligen är att dra statistiska slutsatser utan att snarare bidra med analytisk förståelse. Därför argumenterar vi att tillvägagångssätten är passande för vår studies syfte.

3.2 Val av studieobjekt

För val av organisation blev det naturligt att kontakta SLSO då vi ville avgränsa oss geografiskt till Stockholm som är Sveriges största landsting. Vidare blev det även praktiskt för oss vid besök för intervjuer att hålla oss inom Stockholms län. Med detta som utgångspunkt blev det naturligt att leta en jämförbar privat utförare. Kriterier som vi hade i åtanke var att den fanns i Stockholm och att den är en stor aktör. Det senare var viktigt av två huvudsakliga skäl: dels ville vi hitta ett jämförbart objekt till SLSO som är största utföraren i länet, dels antog vi att en stor koncern skulle ha en mer genomarbetad ekonomistyrning och ofta diskuterade dessa frågor. Vidare trodde vi att en större aktör lättare skulle kunna ta sig tid för att hjälpa oss med vår studie.

Vid val av vårdcentraler att besöka för intervjuer fick vi göra några praktiska överväganden. Primärvården innefattar många vitt skilda delar som bl.a. rehab, barnavårdscentraler och husläkarmottagningar vilket gjorde det viktigt för studiens validitet att jämföra liknande enheter. Vi hade ambitionen att hitta två jämförbara vårdcentraler utifrån en rad kriterier såsom

geografi, storlek och vårdutbud. Det visade sig tidigt efter att vi pratade med chefer på högre nivå i båda organisationer att de hade ont om tid ute på vårdcentralerna och att det var svårt att boka in intervjuerna. På SLSO-vårdcentralen hade de tid att boka in två läkarintervjuer, och storleken på vårdcentralen var också tillfredställande. Det var däremot svårare för regionchefen på HealthCo att hitta en vårdcentral som hade tid för intervjuer. Till slut kunde en ställa upp men vårdcentralen var mycket mindre och vi träffade bara en läkare. Dessutom var de inte geografiskt nära varandra men vi förstod under studiens gång att geografi spelar liten roll inom länet. För att hantera dessa skillnader i storlek mellan vårdcentralerna fick vi anpassa vår intervjuteknik för att försöka urskilja vad som berodde på deras storlek.

3.3 Insamlande av data

3.3.1 Intervjuer

Intervjuer är en av de viktigaste informationskällorna vid fallstudier. (Yin, 2003) Huvuddelen av data för studien består av totalt sju intervjuer med fyra från SLSO och tre från HealthCo. För varje organisation intervjuades en samordnande chef/regionalchef, en verksamhetschef och för SLSO två läkare och en läkare för HealthCo.

Ambitionen var inledningsvis att intervjua fler läkare men de samordnande cheferna hade svårt att hitta läkare som hade tid. Det bör poängteras att läkarna intervjuades i syfte att snarare bekräfta vad områdes- och verksamhetschefer berättade och bidra med en annan vinkel vilket vi ansåg de gjorde.

Inledningsvis intervjuades de båda samordnande cheferna på de två organisationerna. Att inleda från toppen bidrog med en god överblick över organisationen och möjliggjorde en tidig jämförelse mellan de två organisationerna. Vidare kunde vi utifrån de två inledande intervjuerna justera intervjumallarna för de olika professionerna på vårdcentralerna.

Intervjuerna var i genomsnitt ca 45 min långa och spelades in digitalt för att efteråt transkriberas vilket lät oss lyssna mer aktivt och ställa följdfrågor. Det kompletterades med anteckningar under tiden. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Intervjuerna följdes upp i vissa fall med ytterligare frågor per mejl eller telefon. Intervjuerna avslutades med att be intervjuobjekten bidra med sin egen syn på forskningsfrågan för att hjälpa med vidare undersökning, i enlighet med Yin (2003).

3.3.2 Andra datakällor

Enligt Ryan et al. (2002) kan man med fördel använda sig av olika typer av bevis som direktobservationer, djupintervjuer, frågeformulär etc. Vår ambition var att delta vid ett månadsmöte för att observera hur de använder sig av ekonomistyrning i praktiken. Detta gick tyvärr inte då konfidentiell information togs upp. Istället har vi fått ta del av ett visst antal dokument för att styrka resultaten från intervjuerna. Detta inkluderar ett balanserat styrkort, verksamhetsbeskrivning och organisationsstruktur på vårdcentral. Utöver detta har vi inför intervjuerna besökt organisationernas hemsidor.

3.4 Analys

Processandet av materialet från intervjuerna gjordes genom diskussioner och transkribering. Direkt efter intervjuerna diskuterade vi dem utan någon särskild struktur i åtanke. Kort därefter påbörjades transkriberingen. Denna gjordes ordagrant, och hjälpte oss att hitta mönster och detaljer som annars hade gått förbi obemärkta. Därefter strukturerades empirin utifrån Otleys ramverk och sammanställdes för de olika organisationerna. Detta gav en bra överblick för varje del av ramverket och underlättade empiribeskrivningen.

3.5 Studiens kvalitet

3.5.1 Validitet

Ryan et al. (2002) beskriver validitet som till vilken grad data är en "sann" reflektion av världen. Yin (2003) beskriver konstruktionsvaliditet och hur det är väldigt problematiskt vid fallstudier. Han definierar det som att sätta upp korrekta operationella mått för att fånga konceptet som studeras och undvika att subjektiva omdömen används vid datainsamling. För att hantera problemet bör man enligt honom använda olika källor vid fallstudier. Detta har vi gjort genom intervjuer på flera olika nivåer samt använt sekundära källor som komplement.

Extern validitet berör problem med att veta huruvida en studies resultat kan generaliseras bortom det omedelbara utfallet. Kritiker menar att en fallstudie bidrar med dålig grund för vidare generalisering. Yin invänder mot detta och menar att fallstudier snarare syftar till analytisk generalisering där man försöker generalisera ett visst resultat mot en bredare teori. (Yin, 2003) Man bör dock replikera studien i fler fall för att kunna stötta teorin.

3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om att utföra en studie på ett sådant sätt att en annan ska kunna göra samma studie och uppnå samma resultat och att bevis är oberoende av utföraren. (Ryan et al., 2002; Yin, 2003) Detta tar man hänsyn till bl.a. genom att fallstudieprotokoll där man noga dokumenterar sitt tillvägagångssätt. (Yin, 2003) Vi har därför använt en systematisk metod där vi använt samma intervjumall för samtliga nivåer i organisationerna, noga dokumenterat med digital inspelare och transkriberat kort efteråt.

4 Empiri

I detta avsnitt kommer vi inledningsvis ge en introduktion till primärvården i Sverige, vad den innefattar, hur den är strukturerad och hur den finansieras. Sedan berättar vi om vårdvalet och ersättningsystemet i beställar-utförarmodellen. Därefter kommer vi att ge en beskrivning av SLSO, HealthCo och deras respektive organisationer. Slutligen presenteras insamlad data strukturerad utifrån Otleys ramverk.

4.1 Primärvården i Sverige

I Sverige sker ofta patientens första kontakt med sjukvården i primärvården, som har en koordinerad roll och ger vägledning för vidare vård. Den spelar därför en otroligt viktig roll och är avgörande för att hälso- och sjukvården i sin helhet fungerar. (Riksrevisionen, 2014) Vid sidan av att arbeta förebyggande, inledande och kontinuerligt arbetar primärvården med rehabilitering av patienter som tidigare behandlats i sluten vård. Primärvården definieras i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som en del av den öppna vården och i motsats till sjukhusen.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

En mer exakt definition av vad primärvården ska innefatta försvåras av att primärvården måste förhålla sig till övrig vård som erbjuds regionalt och lokalt. Primärvården har dock på sistone gått mot att inkludera mer avancerad vård och ambitionen är att expandera ytterligare eftersom primärvården anses kostnadseffektiv i relation till andra vårdformer. (Riksrevisionen, 2014; Socialstyrelsen 1999) I Stockholm omfattas primärvården bland annat av husläkarmottagningar, barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, logopeder och ungdomsmottagningar. (SLSO, 2015)

Det finns idag 208 husläkarmottagningar i länet varav 68 drivs i landstingets egen regi under SLSO. Många av de privata tillhör större koncerner och ca 80 mottagningar är fristående privatägda. (Vårdgivarguiden, 2015)

4.2 Det fria vårdvalet

Landstingen fick 2009 genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) möjlighet att organisera fritt vårdval i primärvården. Stockholm införde vårdvalet 2009 med Stockholms läns Hälso- och sjukvårdsnämnden som upphandlande myndighet och beställare. (HSF, 2014). Det blev därefter obligatoriskt för landstingen att introducera fritt vårdval 2010. LOV medför fri etableringsrätt för utförare av primärvård givet att de kan leva upp till kriterier uppsatta av landstinget och staten. LOV kräver att landstinget behandlar alla utförare lika och utifrån det konkurrensutsätts de vårdcentraler landstinget driver i egen regi. Att utsätta offentliga vårdcentraler för konkurrens menade regeringen skulle medföra ökad kvalitet i och med att patienter kan välja var de vill lista sig, samt att patientavgiften är densamma för alla utförare vilket innebär att de inte kan konkurrera på pris. (Konkurrensverket, 2014) Även mångfalden avsågs öka i och med införandet. (Vårdgivarguiden, 2015)

Samtliga landsting i Sverige har en ersättningsmodell som inkluderar en fast ersättning per listad patient, en rörlig ersättning för besök eller åtgärder samt målrelaterad ersättning baserad på indikatorer som ska återspegla kvalitet och effektivitet. (SKL, 2012) Hur stor del av den totala ersättningen varje del utgör varierar stort mellan landstingen och går inte mot att bli mer lika mellan landstingen. (Konkurrensverket, 2014) I de flesta landsting består ersättningen till största del av en kapitationsersättning eller ersättning per listad patient, även kallad fast ersättning. Denna utgjorde i Stockholm under 2012 runt 40 % av den totala ersättningen medan snittet för landet var runt 80 %. Stockholm utmärker sig därmed med en rörlig besöksersättning runt 60 % som ett resultat av ett fokus på besökstillgänglighet och valfrihet genom mångfald av vårdgivare. (SKL, 2012; Konkurrensverket, 2014) Som exempel är grundersättningen för besök hos läkare 484kr och listningsersättningen varierar mellan 629 och 1634kr beroende på ålder för listad individ. (HSF, 2014)

Konkurrensverket visade i en rapport att många vårdcentraler inte klarar sig på den ersättning de får. (Konkurrensverket, 2014). Under 2012 gick 48 procent av landstingets vårdcentraler och 28 procent av de privata vårdcentralerna med underskott. Kritik mot den statiska

ersättningsmodell som används i Stockholm framförs av både privata och offentliga utförare, och anges vara en förklaring till varför vissa vårdcentraler har problem.

Man kan ju titta på CNI, vilken vårdtyngd det är, alltså socioekonomiskt, sjukskrivningar, utbildningsnivå och arbetslöshet. Då har jag jättehöga tal i [Socioekonomiskt sämre ställt område] t.ex., där det är riktigt riktigt tufft. Men exakt samma ersättning som på [Välställt område]. Där har jag också drivit en vårdcentral. Det är inte så himla svårt för mig, jag drev en vårdcentral som gick lysande inom landstinget i nästan tio år, men jag hade fem läkare som jobbade där hela tiden. De slutade aldrig. All personal var kvar. Patienterna är rätt friska. Och så kommer jag ut till [Socioekonomiskt sämre ställt område]. Det är inte någon svensk som vill jobba där. Du har 15 nationaliteter som jobbar där, alla slutar för de orkar inte. Och då har du samma ersättning. Du förstår hur svårt det blir.

Regionchef, HealthCo

Kapitationsersättningen i många landsting viktas utifrån olika faktorer. (Riksrevisionen, 2014) Care Need Index (CNI) används för att justera för befolkningens socioekonomiska förhållanden. Adjusted Clinical Groups (ACG) används för att beräkna ersättning utifrån diagnoser som patienten fått under en tidigare tidsperiod. Även ålder och kön kan användas för att vikta ersättningen. Som exempel kan ges att i Stockholm består kapitationsersättningen till 100 % av ålder som faktor medan i Skåne utgör ACG 80 % och CNI 20 %. (Riksrevisionen, 2014; SKL, 2012). Ersättningssystemen har fått utså mycket kritik från utförarna. En verksamhetschef beskriver hur det nuvarande ersättningssystemet i Stockholm med dess fokus på produktion har påverkat sjuksköterskans roll. Hennes tidigare uppgift att sälla bort patienter och bedöma vem som verkligen måste träffa läkare har försvunnit och nu får alla träffa läkare även om det skulle kunna räcka med egenvård. Vidare beskriver hon hur samma ersättning för alla åkommor skapar problem och att man måste lägga resurser på patienter som kommer in med besvär som de rent medicinskt inte skulle behöva få hjälp med av en läkare.

Så många av de som är här är nya snuvor på morgon. [...] För dem får vi samma slant som för en som vi hittar som har en infarkt här ute med blåljus och fullt pådrag, eller någon som vi upptäcker har svår cancer som vi upptäckt i väntrummet som vi kanske måste hantera, eller en psykisk ostabil

person, kanske självmordsbenägen, som behöver jättemycket hjälp. [...] Jag fattar inte att någon inte reagerar. Det gör vi alla chefer. Jag har kompisar som jobbar på privata sidan. Vi bara skrattar och säger att vi inte fattar att de inte kan använda skattepengarna bättre men det är ingen som vågar säga stopp. De har ju skapat det här på något sätt. Alla vill ju ha en god tillgänglighet oavsett om det är rött eller blått. Man stryper ju den för en viss befolkning.

Verksamhetschef, SLSO

Exempelvis har HealthCo skapat ett branschråd för att komma närmare beslutsfattandet då de tidigare har stått utanför samtalen som pågått mellan Landstingets utförare och beställare. SLSO försöker också arbeta med privata utförare för att påverka.

Vi agerar tillsammans till exempel nu är vi inbjudna till att vara deltagare i en pilotverksamhet för nya ersättningsmodeller nått som heter Kroninnovation. Där är det tre privata och en SLSO vårdcentral som är inbjudna. Nu finns en arbetsgrupp med representanter från de 4 pilotvårdcentralerna som tillsammans med HSF tittar på modellen i det nya förslaget kring ersättningsmodell.

Samordnande chef, SLSO

Påtryckningar är i högsta grad aktuella då ersättningen inte höjts under flera års tid samtidigt som en regionchef berättar att lönerna ökat med 25 % de senaste fyra åren.

4.3 Introducerande beskrivning av studieobjekt

4.3.1 Stockholm Läns Sjukvårdsområde

Husläkarmottagningar som landstinget bedriver i egen regi är en del av bolaget Stockholm Läns Sjukvårdsområde (SLSO) som är länets största aktör med 68 husläkarmottagningar. Utöver dessa har SLSO även bl.a. barnavårdscentraler, mödravårdscentraler och rehab.

Organisationen är indelad i ca 100 resultatenheter som drivs av 77 verksamhetschefer där några kan ha 2-3 enheter var. Enheterna är geografiskt uppdelade mellan två samordnande chefer. En liten del av verksamheten bedrivs i centrala delar av staden medan majoritet finns utanför, framförallt i nordost. Som tidigare nämnt tar landstingets utförarenhet emot uppdrag enligt

beställar-utförarmodellen, där beställaren är Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) som är en del av landstinget.

Verksamhetschefernas professionella bakgrund varierar mellan ekonomisk och medicinsk. Till sin hjälp har verksamhetscheferna en controller samt, om de själva saknar rätt medicinsk erfarenhet, en medicinskt ansvarig läkare.

Verksamhetscheferna skriver var och en avtal med beställaren till skillnad från många privata aktörer där någon i ledningen kan skriva avtalet med beställarna. En av samordnarna beskriver organisationen som starkt decentraliserad och att verksamhetschefernas uppdrag styrs av författningar. I enlighet med SLSOs modell är de också resultatenhetschefer med ett långtgående delegerat ansvar.

Utöver det dagliga arbetet med att driva vårdcentralerna är alla verksamhetschefer med i processgrupper för att utforma framtidens primärvård. Syftet är bl.a. att starkare kunna påverka beställaren i framtiden. T.ex. jobbar SLSO tillsammans med HSF i workshop-form och kunskapsdelning och har t.ex. bjudit in dem för att berätta om arbetet med hur de vill utveckla framtidens primärvård.

4.3.2 HealthCo

HealthCo är en av branschens största aktörer, indelad i sex regioner med närmare 80 enheter totalt. Enheterna utgörs av bland annat rehab, barnvårdscentraler, arbetsterapi och vårdcentraler. Till skillnad från SLSOs verksamhetschefer skriver vd på avtal med beställaren HSF. Utöver detta har de även en mindre del privata beställare som t.ex. försäkringsbolag och arbetsgivare. Exempelvis har de en anställd som enbart arbetar med att få in försäkringskunder. En regionchef beskriver organisationen som indelad i två nivåer med ledningen och regioncheferna som en nivå och verksamhetscheferna som en annan. Regioncheferna har under sig ett antal vårdcentraler, där vår intervjuade regionchef ansvarar för ca 14 enheter varav 10 vårdcentraler. Alla vårdcentraler har en verksamhetschef som är resultatansvarig. De har stöd av en medicinskt ansvarig läkare om inte verksamhetschefen själv har rätt medicinsk bakgrund. Båda dessa sitter på vårdcentralen. Utöver detta finns det även stödfunktioner för IT och HR. Regionchefen beskriver organisationen som starkt decentraliserad och att beslutsfattandet ska ske så nära patienten som möjligt. Verksamhetscheferna uppmuntras och förväntas att ta egna

initiativ och beslut. Sin egen roll beskriver regionchefen som ett stöd för just verksamhetscheferna.

Jag ska stötta verksamhetscheferna utifrån vad de har för behov, och det ser väldigt olika ut. [...] för det kan ju vara en väldigt ovan verksamhetschef som har en liten enhet, eller en ovan som har en stor enhet med många avtal. Så det är otroligt. Chefer som varit vana i tjugo år. De behöver olika saker.

Regionchef HealthCo

Framförallt framhåller hon vikten av att kunna snappa upp varningssignaler hos sina enheter för att snabbt kunna sätta in stöd. Liksom sina verksamhetschefer har hon en controller samt en läkare som är specialist i allmänmedicin som medicinskt stöd.

Regionchefen blir även en länk mellan verksamhetscheferna och ledningen. Verksamhetscheferna rapporterar till henne, och hon rapporterar i sin tur vidare till ledningen. Utöver ekonomiskt ansvar för regionen är en viktig del av hennes roll att titta på patientsäkerhet, och att man följer socialstyrelsens olika regler, särskilt kring dokument- och remisshantering. Den besökta vårdcentralen har fyra heltidsanställda läkare och erbjuder bl.a. husläkarvård och gynekologi.

4.4 Datainsamling strukturerad utifrån Otleys ramverk

I denna sektion kommer vi att redogöra för den empiri vi inhämtat under studiens gång. Den är strukturerad utifrån Otleys ramverk och därefter uppdelad per organisation. En jämförelse organisationerna emellan ges i analysavsnittet.

4.4.1 Mål

4.4.1.1 SLSO

SLSO jobbar mot en rad övergripande mål och använder sig av ett balanserat styrkort med fem perspektiv: det finansiella perspektivet, process & utveckling, medarbetar- och ledarperspektivet, FoU samt patientperspektivet. SLSO har arbetat med det balanserade styrkortet åtminstone sedan 2004.

Då har vi ju ett balanserat styrkort och en verksamhetsplan förstås och den utgår ifrån landstingsfullmäktige och vårt uppdrag. SLSO styrelse fastställer

vår verksamhetsplan och styrkort. Styrelsen ansvarar för driften av SLSO inför Landstingsstyrelsen och Landstingsfullmäktige.

Samordnande chef, SLSO

Ett finansiellt krav från landstinget är en avkastning på 200 miljoner kronor som har höjts nyligen från 75 miljoner kronor. Därutöver strävar de efter att alla vårdcentraler ska gå i balans per vårdgren. En barnavårdscentral ska t.ex. inte behöva täcka en annan vårdgrens förlust.

SLSOs övergripande balanserade styrkort utgår i stor del från vad landstinget har för krav på verksamheten men kan också innehålla delar som SLSOs ledning själva tycker är viktiga.

Vidare får varje verksamhetschef tillsammans med sina anställda lägga till ytterligare mål vid sidan av organisationens övergripande balanserade styrkort. Ofta tas de lokala styrkorten fram efter starkt engagemang från vårdcentralernas personal.

Jag tror inte på att en ledningsgrupp kan sitta och göra det här. Däremot kan vi sitta så att vi verkligen blir djupt engagerade i alla mål och det gör vi absolut. Vi försöker hantera vilka som är de viktigaste och vad vi tycker. Här måste vi vara tydliga med personalen och tala om och försöka få med oss något sätt. Jag tror det är viktigt att i allt man förankrar finns en dialog bakom med personalen så att de får se hela SLSOs styrkort och våra målbilder, vad vi inte uppnått, våra mål från föregående år och det vi också får på oss från beställarkontoret, det vi inte är bra på.

Verksamhetschef, SLSO

T.ex. har vårdcentralen modifierat det balanserade styrkortet och gett de olika perspektiven egna namn som fångar enhetens mål och dessutom skapat ett ytterligare perspektiv som berör hållbarhet.

4.4.1.2 HealthCo

HealthCo har flertalet mål som styr deras verksamhet, vilka bland annat innefattar finansiella, kvalitativa och medicinska. Framförallt betonas kvalitet, där målen innefattar bland annat arbetsmiljö och patientnöjdhet.

Kvalitet! Det är stort fokus på kvalitet. Deras filosofi är att har man kvalitet så ger det pengarna. Så man inte tittar på det ekonomiska resultatet och tror att kvalitet hänger med åt det hållet. Gör man rätt saker på rätt sätt då får man också en ekonomi i balans.

Verksamhetschef, HealthCo

Gällande de finansiella målen har HealthCo bl.a. satt ett avkastningskrav som tas fram efter diskussion med koncernledning. Det bygger till stor del på historik och prognoser om nästa år. Avkastningskravet är dock inget man tittar på varje månad utan fokus läggs då på intäkter och personalkostnader.

Dessa mål kommuniceras vidare ner till verksamheten där verksamhetscheferna har möjligheten att sätta egna mål, så länge de är förankrade i företagets övergripande målbild. Regionchefen betonar att det är viktigt att målen lokalt kan anpassas men att man behåller en röd tråd. Hon ger som exempel ett socioekonomiskt sämre ställt område i Stockholm där man måste jobba med språkliga och kulturella utmaningar. Exempel på dessa är att en del patienterna inte kan ringa eftersom de inte kan språket och kommer därför oanmälda till vårdcentralen.

På vårdcentralen måste de ta stor hänsyn till mål uppsatta av beställaren och mycket kommer också från HealthCos ledning.

Vi plockar väldigt mycket det som [HealthCo] har för att inte jobba med för mycket saker. Sen har vi våra specifika mål här på vårdcentralen. Det är tillgänglighet, att det alltid ska finnas tid här för patienterna, möjlighet att komma hit. Även om man inte har bokat en tid så ska vi kunna hjälpa dem. Och man ska bli trevligt bemött i alla delarna.

Verksamhetschef, HealthCo

Läkaren menar att det inte är något fokus på produktion utan den är redan tillfredställande och diskuteras därför inte så mycket. Istället väljer man att titta på tillgänglighet och att ge bra vård rent generellt.

4.4.2 Strategi

4.4.2.1 SLSO

SLSO arbetar väldigt lite med övergripande strategi utan det är upp till de enskilda vårdenheter att utarbeta strategier för att nå de uppsatta målen.

Nej inte från toppen alls. Utan egentligen så har hela modellen varit att alla jobbar med det själva nära patienten för det är den organisationsmodellen vi har i SLSO för vården ska vara nära dig och besluten ske nära patientmötet.
Samordnande chef, SLSO

På vårdcentralsnivå tar verksamhetschefen fram resultaten och vilka områden som måste prioriteras utifrån tidigare års resultat. Därefter får de sitta i mindre grupper och diskutera hur de kan nå dessa mål.

De får sitta i tvärprofessionella grupper och försöka identifiera vad de tycker är viktigt utifrån de röda målen. Alla mål ska ju i hamn men vilka ska vi skapa djupa arbetsprocesser i. Så väljer de ut några stycken.
Verksamhetschef, SLSO

När prioriteringsområdena är framröstade får de innan de lämnar mötet bestämma vilken grupp de ska sitta med i och vem som ska leda arbetet. De får därefter ett år på sig att ta fram förslag och arbeta med frågan. Vidare beskrivs hur vårdpersonalen inte behöver några omfattande strategier. De jobbar istället självständigt och man vet vad målet är och hur man ska arbeta för att nå det.

4.4.2.2 HealthCo

Den starka decentraliseringen i HealthCo gör att verksamhetscheferna relativt självständigt väljer hur de jobbar för att nå målen. Regionchefen betonar ofta vikten av att sätta in rätt stöd på rätt plats, i det här fallet hennes stöd för att hjälpa verksamhetscheferna nå sina mål.

Min roll är att hitta var jag ska sätta in hjälpen och stödet. För det är inte säkert att man frågar om det själv.
Regionchef, HealthCo

Verksamhetschefen beskriver i sin tur hur den starka decentraliseringen i företaget har gjort att implementering av övergripande strategier ovanifrån har mött motstånd i organisationen.

I [HealthCo] har vi verksamhetschefer ganska mycket eget ansvar. Man har inte jobbat så mycket med att köra generella grejer, vilket gör att det finns en del motstånd när det kommer ut mer övergripande ”nu skulle vi vilja göra på det här sättet”. Då är det ett antal enheter som inte tycker att det är så vi ska jobba. Det finns lite meningsskiljaktigheter i just det.

Verksamhetschef, HealthCo

Trots det har man börjat arbeta med att koordinera kvalitetsutveckling på mer övergripande nivå. Bl.a. har de sedan ett år tillbaka en kvalitetsledningschef som enbart jobbar systematiskt med detta och man jobbar dessutom på att kunna lära av varandra och använda andras resultat som benchmark.

På vårdcentralen arbetar man relativt informellt med strategier och har inga omfattande processer för att nå målen utan mycket sker i små samtal kontinuerligt.

Eftersom vi är så små så är det ganska enkelt. Vi pratar med varandra hela tiden, det är inte så att man samlar på sig saker och ting till nästa APT som vi har om en månad utan vi pratar med varandra kontinuerligt. Vi har regelbundna möten. Vi har ett möte varje vecka där vi sitter ner allihopa. De mötena har lite olika teman. Sen har läkarna lite egna möten dessutom varannan vecka för att de behöver diskutera sina specifika frågor. Sen träffar jag läkarna varje morgon innan vi drar igång och så går jag runt och pratar med alla och kollar att alla är på plats, att allting är okej. Det genererar att det inte ligger saker och ting och pyr, utan vi tar upp saker när det är och löser det.

Verksamhetschef, HealthCo

Läkaren beskriver hur man ofta diskuterar personliga resultat i grupp och delar med sig av hur det kommer sig att vissa lyckas bättre än andra. Hon beskriver vidare hur man som läkare ansvarar kunskapsmässigt för olika delar, vilket till viss del styr vilken utbildning man går och att man måste hålla sig uppdaterad inom området. Därefter har man som uppgift att dela med sig till övrig personal om vad man lär sig.

4.4.3 Målsättning

4.4.3.1 SLSO

De som i huvudsak styr vad som mäts är beställarna som med omfattande krav och benchmarking visar hur enheten står sig mot länssnittet. Det beskrivs vidare hur målsättning och vad man får pengar för styr vad som mäts.

Jag upplever det ofta som att det är kopplat till ekonomin, finns ett uppbyggt bonus- och vitesystem i de här landstingsorganisationerna. Då försöker vår ledning koppla de här kvalitetsmålen till bonussystemen. Sen är vi själva med och diskuterar vilka mål man borde prioritera. Övergripande målsättningar får vi utifrån.

Läkare, SLSO

Målsättningen kan i vissa fall leda till att man mäter vissa tveksamma faktorer som prioriteras på bekostnad av annat.

Det finns en kvalitetsnorm. Vi får en ersättning för vissa centralt valda kvalitetsmål som vi inte har inflytande över. Kan ibland vara mått som är ganska, ur min synpunkt tveksamma och vi har mått som vi har strävat efter och har sagt att det här är inte vetenskapligt förankrat att det här är ett viktigt mått. Och vi har mätt och jagat det.

Medicinskt ansvarig läkare, SLSO

Många av målen sätts av beställarsidan som anger en lägstanivå som måste uppnås och sedan kan man sätta högre mål om man vill. För annat som mäts utöver beställarens krav används benchmarking i stor utsträckning där man kan jämföra både inom vårdcentralen, inom organisationen, och för vissa mål även inom landstinget samt inom hela landet. Benchmarking mot resten av landet består bl.a. av en nationell svarsenkät för patienter vars användning dock ifrågasätts p.g.a. bristande svarsfrekvens.

De har en patientenkät som går ut, nationell, säkert på 10 sidor. När jag började här för fem år sedan svarade 70 % av vår befolkning, nu är vi nere på 40 %. Den är ju inte statistiskt rätt liksom.

Verksamhetschef, SLSO

4.4.3.2 HealthCo

Vad som mäts bestäms på olika sätt med bl.a. inslag av benchmarking och budget. Man försöker uppskatta efterfrågan genom att kolla på nuvarande listning, göra prognoser och räkna på hur många besök det borde summera till totalt. Här får verksamhetschefen stöd av sin controller. Vidare beskrivs det hur man försöker använda nyckeltal som är lätta att mäta och inte kräver mycket manuellt arbete. Man påpekar också att beställaren har börjat sträva efter att sätta mål som kräver lite manuellt arbete.

De medicinska målen som kommer från beställaren är låsta och kan inte direkt påverkas. De nationella undersökningarna utgör även för HealthCo ett underlag för målsättning men även här påpekas den dåliga svarsfrekvensen.

Vi har patientenkäter som kommer ut varje höst som vi följer. Och det är oftast väldigt dålig svarsfrekvens på dem. Det har stått lite om dem nu i tidningarna, runt 40 % kanske som svarar. Men vi tar dem ändå alltid på allvar för det ger ändå en tendens.

Regionchef, HealthCo

Läkaren beskriver hur verksamhetschefen sätter produktionsmålen utifrån sin budget medan de andra målen tas fram i grupp. Där klargör verksamhetschefen vad som är låsta externa krav och vad hon tillsammans med sin personal kan påverka.

Jag försöker utgå ifrån att det finns en lägstanivå, här har ni, oavsett hur mycket ni vill, ingenting att säga till om. Jag är ganska tydlig, här ska vi ligga. Utöver det så kan vi tillsammans sätta mål. Jag tycker att det är ganska viktigt att man talar om var medbestämmandeytan finns någonstans. Jag tror att det ger en lugnare arbetsmiljö. Att man inte går omkring och tror att man kan påverka grejer man faktiskt inte kan.

Verksamhetschef, HealthCo

4.4.4 Belöning

4.4.4.1 SLSO

SLSO är av landstinget förhindrad att använda rörliga ersättningar som t.ex. bonus. En stark insats under året tas istället med till nästa lönesamtal där man kan argumentera för en högre fast

ersättning. Verksamhetschefen beskriver hur hon är fri att använda sig av individuell lönesättning och inte behöver ge lika lön till alla som jobbat lika länge, vilket var fallet tidigare.

Den samordnande chefen beskriver hur de tidigare diskuterade rörliga ersättningar men diskussionen lades ned då en implementering inte var genomförbar. Hon pekar istället på andra motivationsfaktorer de kan erbjuda som arbetsgivare.

Vi har ju vår forskning och utveckling, verksamhetsutvecklingen kopplat till Framtidens hälso- och sjukvård, att vara med och jobba i något som går framåt och som förhoppningsvis upplevs som attraktivt för medarbetare och studenter.

Samordnande chef, SLSO

Verksamhetschefen beskriver hur kontrollern schemalägger de anställda så att de jobbar mindre med produktion för att få mer tid till utveckling.

Vi gör så att alla ekonomer i SLSO lägger 220 arbetsdagar på produktion på respektive anställd. Här hos oss lägger vi bara 200 dagar som arbetsdagar. Det blir 20 dagar mindre. De 20 dagarna mindre ska bli utbildning, fortbildning, flex och kvalitetsarbete. Jag lägger mig inte i hur de lägger sina timmar men de som inte lägger några timmar på kvalitetsarbete ska ha högre produktion.

Verksamhetschef, SLSO

4.4.4.2 HealthCo

HealthCo använder till största del fast ersättning där produktion, kvalitet och andra parametrar ligger till grund för lönen. De hade tidigare ett system med rörlig ersättning, som dock togs bort för ca två år sedan. Anledningen var att det råder så pass olika förutsättningar för enheterna vilket gör det närmast omöjligt att ha ett övergripande bonussystem då det är svårt att urskilja en bra prestation.

Absolut, vi har diskuterat det här ska ni veta. [...] Jag tycker att det är svårt med belöning, det är svårt att få det bra. För vad ska man göra? Ska man bara belöna dem som har en hög marginal och klarat över budget. Vi har haft belöningsystem som vi nu har lagt på vänt. Vi tycker det är svårt att få

det rättvist. Det är rätt oschysst mot någon som tagit på sig [Socioekonomiskt sämre ställt område]. [...] Man kan väl få en gratifikation ändå om man gjort ett jättebra jobb men inte når målen. Vi tittar på kvalitet i första hand. Om inte våra verksamhetschefer når våra kvalitetsmål till över 75 % så kan man inte få något. Vi har haft lite olika modeller och vi ser över dem nu.

Regionchef, HealthCo

Istället används icke-monetära belöningar för att motivera de anställda, vilket är upp till verksamhetschefen att utforma.

De flesta verksamheter som vill ha en belöning har valt att man får ha en liten bättre resa, en konferensresa. Man kanske får åka till Prag istället för en Stockholmskonferens. Eller en enhet de valde att ha Linas Matkasse under några månader. Då fick de det. Det viktiga är att verksamhetschefen i sin miljö som hon har skapat och sin kultur kan se vad som skulle kunna attrahera mina medarbetare på min arbetsplats. Det kan handla om att få en fin middag eller något sådant. Det är inte alls så stora grejer. Då är vi väldigt flexibla. De belöningarna kan verksamhetscheferna själv bestämma. Det känns som det är det som går bäst.

Regionchef, HealthCo

I unika fall kan en verksamhetschef godkänna en rörlig monetär ersättning som tar sig uttryck i en bonus (100kr) per extra patient utöver det budgeterade. Dock måste detta dels förankras med regionchefen, dels måste en rad hårda kvalitetskrav följas för att det ska få användas.

Verksamhetschefen uppger att hon inte kan använda rörlig ersättning för sina anställda. Hon är dessutom inte riktigt säker på möjligheten till rörlig ersättning för verksamhetschefer men vet bara att den inte är tillämplig i hennes fall då hennes vårdcentral saknar de ekonomiska förutsättningar.

4.4.5 Uppföljning

4.4.5.1 SLSO

På vårdcentralen sammanträder all personal årligen för en ordentlig genomgång av kvalitetsmålen, den nationella svarsenkäten och det balanserade styrkortet. Man går där igenom

föregående års resultat och utvärderar detta grundligt. Utvärdering av de finansiella målen sker varje månad där man bl.a. ser på produktion som är väldigt tongivande i och med betydelsen för det finansiella resultatet. Feedbacken sker numera i grupp och enhetens resultat presenteras utan att någon pekas ut. Tidigare så rapporterades individuella resultat i grupp för att sätta större press på alla att prestera men det togs bort.

Bakgrunden är att det aldrig har varit särskilt populärt att få de här lapparna i slutet på månaden. I början så handlade det om att få kontroll över verksamheten, att se vad man gör för något. I början när man införde det gick man igenom de här lapparna på läkarmötena en gång i veckan, man gick igenom alla. Det var inte populärt. Så slutade man med det, och sen var det bara individuella lappar. Men nu går det så bra ekonomisk så det är inga problem med det här.

Läkare, SLSO

SLSO har arbetat systematiskt de senaste åren med att utveckla alla medarbetares kompetens inom eHälsa och informatik. De har utformat en modell för att arbeta med in- och utdata vilket innebär bl.a. att kvalitetsuppföljning av medicinska resultat är tillgängliga för alla medarbetare. Alla medarbetare når sina resultat för sina patienter genom utdatarapporter som de tar fram gemensamt inom vårdgrenar och vårduppdrag.

4.4.5.2 HealthCo

På regionnivå träffas man varje månad och närsjukvården träffas var tredje månad. Där diskuterar de ekonomi och all kvalitet. På vårdcentralen har de varje vecka ett möte som varierar mellan APT, sjuksköterske- respektive läkarmöte, utbildning och personalträff. Läkaren uppger att produktion inte redovisas veckovis och att fokus inte ligger där.

Det är fokus på så sätt att tidboken är gjord så att vi tar många besök, för det måste vi göra för att överleva.

Medicinskt ansvarig läkare, HealthCo

En gång per år diskuteras den nationella patientenkäten och resultaten för de mål som beställaren har satt upp. Uppföljningen består inte enbart av att hantera områden som ligger efter utan fokus ligger dessutom på att analysera framgångsfaktorer för att bibehålla dessa.

5 Analys

I denna sektion kommer vi att analysera den empiri vi insamlat under studiens gång. Vi kommer använda Hoods sju doktriner identifierade i NPM som analysverktyg för detta. Vi väljer att dela upp doktrinerna för att analysera empirin i två steg för att kunna svara på våra forskningsfrågor. Inför varje del av analysen kommer vi att presentera doktrinerna samt hur de används. I första analysdelen kommer vi att använda tredje, sjätte och sjunde doktrinen för att analysera den ekonomistyrning som vi observerat utifrån Otleys ramverk. Detta kommer att hjälpa oss svara på forskningsfrågan om vilka likheter och skillnader som finns mellan de olika utförarnas ekonomistyrning. Därefter kommer vi att använda första, andra, fjärde och femte doktrinen för att analysera övrig empiri som behandlar primärvårdens struktur, beställar-utförarmodellen, det fria vårdvalet och organisationernas struktur. Vi gör detta utifrån utförarnas perspektiv. Denna del kommer att hjälpa oss besvara forskningsfrågan hur man kan förklara observerade likheter och skillnader i ekonomistyrning mellan utförarna.

5.1 Analys som relaterar till ekonomistyrning enligt Otleys ramverk

Vi har strukturerat denna analysdel utifrån Otleys ramverk och kommer behandla de olika beståndsdelarna i samma följd. Vi kommer här att använda tredje, sjätte och sjunde doktrinen som är *”Stress on private sector styles of management practice”*, *”Explicit formal measurable standards and measures of performance and success”* och *”Greater emphasis on output controls.”* Tredje doktrinen, som utgår ifrån att den offentliga sektorn hämtat verktyg från den privata sektorn, fungerar som en röd tråd genom de olika delarna då de berör alla fem av Otleys punkter. I doktrinen låter vi HealthCo representera branschstandard och får agera norm mot vilket det offentliga jämförs. Det är alltså hela HealthCo, och inte enbart vårdcentralen, som utgör vår jämförelsebasis. Sjätte och sjunde doktrinen används under de punkter där det är lämpligt, vilket kommer att anges löpande.

5.1.1 Mål

SLSO och HealthCo har till stor del samma perspektiv där de jobbar med det finansiella, kvalitativa och medicinska, och målen i organisationerna liknar varandra i stor utsträckning. Dock går SLSO till och med steget längre i termer av hur man använder verktyg från det privata, i och med sitt balanserade styrkort. Vidare ser vi att HealthCo verkar lägga större fokus på kvalitet än SLSO när man kanske skulle kunna förvänta sig det omvända förhållandet. SLSO framhåller dock att även de måste leverera en avkastning till sin ägare landstinget. Båda

organisationer styrs till stor del av att behöva förhålla sig till målen från beställarna som sätter tydliga krav på kvalitet och medicinska mål. Därefter är det fritt för verksamhetscheferna på båda vårdcentralerna att bygga vidare på dessa mål och lägga till ytterligare.

5.1.2 Strategi

Båda organisationer liknar varandra i att man jobbar väldigt lite med övergripande strategier för att implementera målen. Istället präglas båda organisationer av en hög grad av decentralisering där det är upp till varje verksamhetschef att bestämma hur de ska nå målen. Det beskriver både samordnande chefen och regionchefen som poängterar att deras roll inte är att styra verksamhetscheferna utan snarare finnas som ett stöd som kan sättas in där det behövs. På vårdcentralsnivå ser man samma avsaknad av stora övergripande strategier. Istället diskuterar man målen i grupp och sedan förväntas man veta hur man når målen. Här skiljer sig vårdcentralerna något dock. SLSOs vårdcentral, som är markant större, arbetar i större utsträckning med grupper som ansvarar för vissa frågor och använder dokument etc. för att styra utvecklingen. HealthCos vårdcentral som är mycket mindre arbetar mer med informella processer där man kontinuerligt diskuterar med varandra. Men verksamhetschefen där berättar också att en förutsättning för att det ska fungera är just att man är så små, och om man hade varit lika stora som SLSOs vårdcentral så hade man behövt jobba på ett liknande sätt som dem. Detta får oss att tro att skillnader här är hänförliga till respektive vårdcentrals storlek snarare än ägarstruktur. Vi ser att den stora decentraliseringen i båda organisationer samt att man arbetar väldigt mycket mot explicita mål gör att strategier och processer får en mindre roll. Vi ser att detta stämmer väl överens med Hoods sjätte och sjunde doktrin som betonar explicita formella mätbara standards och fokus på outputkontroll, vilket vi ser i organisationerna och deras starka målstyrning.

5.1.3 Målsättning

Många av målsättningarna och vad man mäter hos båda organisationer utgår ifrån vad beställarna vill ha och finns där som en lägstanivå som måste nås på en rad olika områden. Den agerar som en bas som man sedan kan bygga vidare på. Dels fungerar den som ett benchmarkingverktyg så man kan se var man kan och bör ligga men också som incitament då en del mål är kopplade till en viss ersättning eller vite om man missar målet. Sammantaget använder båda organisationer en hög grad av benchmarking när målen ska sättas, där man jämför både mot nationella resultat utifrån den nationella patientenkäten, men också inom

landstinget och inom organisationen. Det finns väldigt få skillnader mellan de båda organisationerna i hur de arbetar med sin målsättning. Båda måste acceptera de mål som kommer från beställaren och därefter sätts många egna mål på organisationsnivå efter diskussion och jämförelser och till sist sker en del egen målsättning på vårdcentralsnivå. Vårt intryck är att SLSO i något högre utsträckning arbetar med ytterligare målsättning på vårdcentralsnivå och att HealthCo använder fler nyckeltal uppifrån. Sammanfattningsvis strömmar en stor del av mål och nyckeltal ner i organisationerna och många utgår ifrån beställaren. Framförallt det sistnämnda gör att den sjätte doktrinen element kan observeras.

5.1.4 Belöning

Ingen av organisationerna jobbar systematiskt med rörlig ersättning. Istället kan man om man gör en stark insats under året ta med sig detta till nästa lönesamtal. Utbildning som man skulle kunna tänka sig utgöra någon slags belöning menar båda verksamhetschefer inte används i det syftet utan är grundläggande för läkarnas utveckling. Däremot betonar SLSO deras kreativa miljö och möjligheten att delta i forskning och utveckling, vilket de tror fungerar som incitament i organisationen. Avsaknaden av de rörliga ersättningarna beror på olika anledningar för organisationerna. SLSO är förhindrad av landstingets regler medan HealthCo tycker det är svårt att använda ett standardiserat bonussystem då det medför stora utmaningar att koppla prestation till måluppfyllelse på grund av de olika omständigheterna vårdcentralerna måste förhålla sig till, vilket gäller för hela branschen. Det kan därmed förefalla som att den tredje doktrinen stämmer här, att det offentliga använder sig av samma verktyg som det privata. Faktum kvarstår dock att SLSO är förhindrad av landstinget att använda rörliga ersättningar. Så även om HealthCo lyckas utveckla ett bra bonussystem är det rimligt att SLSO fortfarande inte kan använda rörliga ersättningar och därmed faller den tredje doktrinen. Således faller även den sjunde doktrinen som säger att det läggs större fokus på outputkontroll och att man kopplar fördelning av resurser och ersättning till prestation. Här verkar alltså Hood inte stämma. Det kvarstår dock att undersöka varför SLSO är förhindrad av landstinget att använda rörliga ersättningar. En teori kan vara att det på landstingsnivå anses att rörliga ersättningar inte kan användas effektivt på samma sätt som HealthCo resonerar.

5.1.5 Uppföljning

Båda organisationers vårdcentraler har kontinuerliga månatliga möten för uppföljning. En skillnad verkar vara att SLSO lägger större fokus på produktionsmålen men det är inte klart

huruvida det är p.g.a. direktiv från ovan, utan kan också vara upp till de enskilda verksamhetscheferna att välja. HealthCo betonar å sin sida vikten av att analysera framgångsfaktorerna i utvärderingsprocessen, och diskuterar hur dessa ska bibehållas. Båda organisationer har dessutom årliga möten där nationella patientenkäten diskuteras samt att de går igenom resultat på de mål som man har från beställaren. Det finns därmed enbart små skillnader i uppföljning.

5.2 Analys som relaterar till primärvårdssystemet

I den andra analysdelen kommer vi utifrån Hoods första, andra, fjärde och femte doktrin analysera den övriga empirin vi inhämtat som i huvudsak relaterar till primärvårdens organisering, beställar-utförarmodellen, ersättningen och organisationernas struktur. Vi kommer här alltså släppa Otleys ramverk och fokusera på det som faller utanför Otleys ekonomistyrning. Analysen är istället strukturerad utifrån ovan nämnda doktriner, vilka är *”Unbundling of the Ps into corporatized units organized by product”*, *”More contract based competitive provision, with internal markets and term contracts”*, *”More stress on discipline and frugality in resource use”* och *”More emphasis on visible hands-on top management”*. Detta kommer dels syfta till att se huruvida NPM har påverkat själva systemet, dels lättare bidra med en djupare förståelse för hur systemet påverkat ekonomistyrningen i primärvården.

5.2.1 Unbundling of the Ps into corporatized units organized by product

Denna punkt tar sig uttryck i hur systemet för primärvården är utformat där landstinget helt har låtit SLSO organisera sig i decentraliserade små resultatenheter som är väldigt självständiga. Verksamhetscheferna är resultatansvariga med eget budgetansvar. De beskrivs ha en stor frihet i drivandet av sin verksamhet och att vårdcentralerna är *”företag i företaget.”* De skriver dessutom avtal direkt med beställaren till skillnad från verksamhetscheferna i HealthCo, där vd skriver avtal med beställaren. Vidare beskriver både regionchefen för HealthCo och den samordnande chefen för SLSO hur de finns där för verksamhetscheferna som ett stöd och i övrigt inte lägger sig i hur verksamhetscheferna styr sina verksamheter.

Typiskt för en PPA-influerad organisation är centraliserad kontroll av löneförhandlingar och personalanställningar. Även i det här fallet visar SLSO element av NPM, där verksamhetschefen har friheten att besluta om dessa delar.

Den första doktrinen beskriver en disaggregering och decentralisering vilket vi sett i fallet med SLSO som dessutom ger intryck av att vara mer decentraliserat än HealthCo.

5.2.2 More contract based competitive provision, with internal markets and contracts

Andra doktrinen fokuserar på hur man har konkurrensutsatt offentlig verksamhet vilket ska leda till lägre kostnader och högre kvalitet. Konkurrensen är tänkt att finnas både mellan offentligt och privat, men även inom det offentliga. Båda dessa konkurrenssituationer märks efter införandet av det fria vårdvalet i landstinget där vårdcentralerna är självständiga och inte styr patienter i val av vårdcentral. Ersättningssystemet är uppbyggt så att alla vårdgivare behandlas lika så att konkurrensen finns både mellan offentliga och privata. Ersättningen som till största del består av besöksersättning tvingar vårdcentralerna att jobba hårt för att locka till sig nya patienter som i sin tur ska generera besök. Dessa lockas från både privata aktörer men också från andra SLSO vårdcentraler. Vidare belyses uppkomsten av interna marknader och kontrakt. Ett exempel på detta är när verksamhetschefen i SLSO köper tjänster som t.ex. IT-support och HR centralt av SLSO.

I NPMs föregångare PPA beskrivs den offentliga organisationen med ett stort fokus på stabila volymer snarare än anpassning. Varken SLSO eller HealthCo jobbar med stabila volymer utan är tvingade utifrån den ringa ersättningen att anpassa användningen av resurser. Tidigare kunde det vara lättare att förutse hur patientflödena såg ut då en vårdcentral täckte ett visst regionalt område och därmed visste ungefär sitt patientunderlag men vårdvalet har förändrat dessa. HealthCos regionchef påpekar ofta vikten av att en verksamhetschef ska kunna läsa av sin arbetsdag och förutse flödena för att få en bättre resursfördelning. Konkurrensen i enlighet med denna doktrin är därmed väldigt tydlig i primärvården.

5.2.3 More stress on discipline and frugality in resource use

Både verksamhetschefer och regionchefer som vi intervjuat har poängterat hur det är viktigt att få ekonomin att gå runt och att ingen tillåts att gå med förlust under en längre tid, vilket tidigare kunde vara acceptabelt för en landstingsdriven vårdcentral. Det verkar dessutom som att ekonomin och produktion t.o.m. är ett större fokus i SLSO än i HealthCo. Indikationer för detta är bl.a. att produktion diskuteras varje vecka på SLSO vårdcentral medan det inte diskuteras i samma utsträckning på HealthCo vårdcentral. Dessutom så poängterade både HealthCo

regionchef och vårdcentralschef att kvaliteten är deras absolut viktigaste mål snarare än finansiella mål.

Det beskrivs också från båda håll hur ersättningssystemet är byggt så att enda sättet att få det att gå runt är att antingen öka produktionen eller minska kostnaderna. Det finns ingen möjlighet att t.ex. höja priserna och satsa på kvalitet i den bemärkelsen då ersättningen är densamma för alla utförare. Det faktum att ersättningen dessutom inte höjts på flera år gör också att marginalerna pressas extremt och fokus blir att ens gå runt. Hela primärvården i Stockholms län skulle därför kunna sägas spegla en av doktrineffekterna: man tvingas göra mer med mindre.

5.2.4 More emphasis on visible hands-on top management

Det är viktigt med tydlig ansvarsfördelning enligt denna doktrin, och det man kan se i båda organisationer är att verksamhetscheferna, som också är resultatchef, har fullt ansvar för vad som sker på deras enhet. Så länge de följer lagar och direktiv har de en hög grad av frihet att utveckla sin organisation hur de önskar. De måste dock enligt kontraktet med beställaren samtidigt uppfylla omfattande krav som sätter gränser för vad en verksamhet kan göra. Inom både SLSO och HealthCo förekommer dock få riktlinjer om procedurer utan verksamhetscheferna har stor frihet när det kommer till t.ex. personalfrågor.

6 Diskussion

6.1 Slutsats

Syftet med studien var att se om ekonomistyrningen skiljde sig mellan privata och offentliga utförare av primärvård och sedan analysera dessa likheter och skillnader. Utifrån den empiri vi hämtat enligt Otleys ramverk så kan vi se att de båda organisationerna arbetar med ekonomistyrning på ett liknande sätt. Hoods teori om NPM och dess doktriner förutser just att det offentliga närmar sig det privata. När vi analyserar de olika beståndsdelarna av vår observerade ekonomistyrning kan vi dessutom få intrycket att det offentliga i vissa avseenden t.o.m. passerat det privata och i större utsträckning visar element som man lätt förknippar med en privat organisation. En av ytterst få skillnader som vi direkt kan hänföra till typ av ägare är HealthCos möjlighet att använda rörliga ersättningar. Men som vi har sett så blir denna skillnad i praktiken väldigt liten då det är svårt att använda effektivt.

De doktriner som vi har använt för att analysera hur själva systemet är uppbyggt visar sig stämma med den empiri vi observerat. Vidare är det intressanta att se hur det i sig har påverkat ekonomistyrningen. På nästan varje punkt av Otleys ekonomistyrning ser vi hur beställaren med sina krav begränsar utförarna att utveckla sina organisationer i den riktning de vill. Detta sker dels utifrån det ersättningssystem som används i Stockholm med fokus på produktion, dels på den stora mängd nyckeltal som beställarna använder som monetära incitament men också för benchmarking inom landstinget. Detta stämmer överens med vad Riksrevisionen beskrev tidigare. I och med det fria vårdvalet och beställar-utförarmodellen så får alla vårdcentraler konkurrera på lika villkor och styrs starkt utifrån de externa mål de måste nå. Hood säger förvisso att målen i NPM är fokus och att processer kan utvecklas lokalt, men med en sådan omfattande målstyrning och extrem ersättningsmodell som beställaren i Stockholm använder, så blir processerna väldigt lika i de olika organisationerna.

Sammanfattningsvis kan man säga att de utförare vi har jämfört använder sig i stort sett av samma ekonomistyrning. Vi kan vidare konstatera att primärvårdens system med det fria vårdvalet, stark målstyrning från beställaren och ett ersättningssystem med starkt fokus på produktion, har i stor utsträckning visat sig utformats utifrån NPMs doktriner. Detta system har i sin tur starkt påverkat utförarna i sitt utformande av ekonomistyrning.

6.2 Förslag till framtida forskning

I denna studie har vi jämfört SLSO med bara en utförare och man kan med fördel replikera studien för att jämföra med andra organisationer och se om de likheter vi observerat finns på andra ställen för att kunna generalisera. Vidare skulle det vara intressant att besöka fler vårdcentraler inom samma organisation för att kunna urskilja vad som är styrning på regionnivå och vad som har utvecklats på lokal nivå. I organisationer med stark decentralisering blir detta ännu mer aktuellt. Det skulle dessutom vara av intresse att göra en liknande studie på andra områden där det finns en annan typ av finansiering där en del sker på upphandling från landstinget och en del sker privat, t.ex. kiropraktik eller annat. Då vi kommit fram till att beställarna till stor del påverkar styrningen vore det intressant att inkludera deras perspektiv i en studie. Man kan med fördel undersöka huruvida de har dessa frågor i åtanke när de utformar sina avtal och mål för utförarna. Sist vore det intressant att se denna studie replikerad i ett annat landsting. Stockholm läns landstinget har ett extremt fokus på produktion och ännu inget inslag av t.ex. ACG eller CNI varför det vore intressant att se om skillnader i denna ersättning skulle kunna påverka styrningen.

6.3 Begränsningar

Vid användandet av en fallstudie kan inga generella slutsatser dras utifrån resultatet, utan syftet är snarare att bidra med analytisk förståelse än att dra statistiska slutsatser. Som nämnt i metodavsnittet så jämför vi enbart en enhet från offentliga och en från det privata. Ett större stickprov hade gett en mer talande och säkrare bild av skillnaderna och likheterna som vi observerat. Dessutom är det viktigt att än en gång framhålla att studieobjekten varierade mycket i storlek.

7 Källförteckning

- Agevall, L. 2005, *Välfärdens organisering och demokratin - en analys av New Public Management*, Växjö University Press, Växjö.
- Almqvist, R. 2006, *New public management - om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*, Liber, Malmö.
- Halldin, J. & Romelsjö, A. 2012, 18/4-last update, *Ersättningssystemet i Stockholm gör vården ojämlik* [Homepage of Dagens Nyheter], [Online]. Available: <http://www.dn.se/debatt/stockholmsdebatt/ersattningssystemet-gor-varden-i-stockholm-ojamlik/> [Accessed May, 17, 2015].
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2014, *Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval - Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*, Stockholm Läns Landsting, Stockholm.
- Hood, C. 1995, "THE "NEW PUBLIC MANAGEMENT" IN THE 1980s: VARIATIONS ON A THEME", *Accounting, Organizations & Society*, vol. 20, no. 2, pp. 93-109.
- Hood, C. 1991, "A Public Management for all Seasons?", *Public Administration*, vol. 69, no. 1, pp. 3-19.
- Konkurrensverket 2014, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler - om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, Konkurrensverket, Stockholm.
- Lapsley, I. 2008, "THE NPM AGENDA: BACK TO THE FUTURE", *Financial Accountability & Management*, vol. 24, no. 1, pp. 77-96.
- Malmgren, K. & Augustin, J. 2013, 20/6-last update, *Läkarna i protest mot vårdssystemet* [Homepage of Dagens Nyheter], [Online]. Available: <http://www.dn.se/nyheter/sverige/lakarna-i-protest-mot-vardsystemet/> [Accessed May 17, 2015].
- Nordenström, J. 2014, 23/9-last update, *Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall* [Homepage of Läkartidningen], [Online]. Available:

[http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2014/09/Vardebaserad-
vard-kan-ge-bättre-vardutfall/](http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2014/09/Vardebaserad-
vard-kan-ge-bättre-vardutfall/) [Accessed May 17, 2015].

Otley, D.T. & Berry, A.J. 1998, "Case study research in management accounting and control", *Accounting Education*, vol. 7, pp. S105.

Otley, D. 1999, "Performance management: A framework for management control systems research", *Management Accounting Research*, vol. 10, no. 4, pp. 363-382.

Proposition 2008/09:29. Lag om valfrihetssystem. Stockholm: Socialdepartementet.

Proposition 2008/09:74. Vårdval i primärvården. Stockholm: Socialdepartementet.

Riksrevisionen 2014, *Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan?*, Riksrevisionen, Stockholm.

Ryan, B., Scapens, W., Robert & Theobald, M. 2002, *Research Method & Methodology in Finance & Accounting*, 2nd edn, Cengage Learning EMEA, Hampshire.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:962. Lag om valfrihetssystem. Stockholm: Finansdepartementet UR.

Shekarabi, A. 2015, 30/1-last update, *Avigsidorna med NPM urholkar tilliten* [Homepage of Svenska Dagbladet], [Online]. Available:
http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/avigsidorna-med-npm-urholkar-tilliten_4284461.svd [Accessed May 17, 2015].

Socialstyrelsen 1999, *Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen, Stockholm.

Statistiska Centralbyrån 2014, 14/5-last update, *Befolkningspyramiden har blivit ett torn* [Homepage of Statistiska Centralbyrån], [Online]. Available:
http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/
[Accessed May 17, 2015].

Stenshamn, C. 2012, *Vanvård & Pressetik*, Timbro, Stockholm.

Stockholm läns sjukvårdsområde 2015, 12/3-last update, *Primärvård* [Homepage of Stockholm läns sjukvårdsområde], [Online]. Available: http://www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1____20768.aspx [Accessed May 17, 2015].

Stringer, C. 2007, "Empirical performance management research: observations from AOS and MAR", *Qualitative Research in Accounting and Management*, vol. 4, no. 2, pp. 92.

Sveriges Kommuner och Landsting 2012, *Vårdval i primärvården - Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

Sveriges Television 2014, 14/9-last update, *Väljarnas viktigaste frågor* [Homepage of Sveriges Television], [Online]. Available: <http://pejl.svt.se/val2014/valu-riksdag/viktigaste-fragor/> [Accessed May 17, 2015].

Vårdföretagarna 2015, 18/3-last update, *Vårdstudenter vill kunna välja privata arbetsgivare* [Homepage of Vårdföretagarna], [Online]. Available: https://www.vardforetagarna.se/kontakt_1/press/pressmeddelanden/vardstudenter-vill-kunna-valja-privata-arbetsgivare_2 [Accessed May 17, 2015].

Vårdgivarguiden 2015, Feb-last update, *Husläkarmottagningar - Godkända vårdgivare* [Homepage of Stockholm Läns Landsting], [Online]. Available: <http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/godkanda-vardgivare---vardval-stockholm/dokument/huslakarmottagningar---godkanda-vardgivare/> [Accessed May 17, 2015].

Widegren, C., Jonsson, W., Anders, Westerholm, B. & Henriksson, E. 2015, 2/4-last update, *Rör inte valfriheten i vården* [Homepage of Göteborgs-Posten], [Online]. Available: <http://www.gp.se/nyheter/debatt/1.2674082-ror-inte-valfriheten-i-varden> [Accessed May 17, 2015].

Yin, R.K. 2003, *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd edn, SAGE Publications, Thousand Oaks.

8 Appendix

Intervjumall

Inledande frågor om organisation/roll

- Berätta om din roll, arbetsuppgifter, ansvarsområden?
- Hur går samarbetet mellan utförare och beställare till?
- Hur ser organisationsstrukturen ut?
- Hur många vårdcentraler har du under dig?
- Vem är du rapporteringsskyldig till?

Mål

- Vad ser du som företagets(Primärvården) övergripande mål?
 - Finansiella
 - Ägarkrav
 - Tillväxt
 - Lönsamhet
 - Tid från kontakt till tid?
 - Kundnöjdhet?
 - Personalnöjdhet?
 - Andra övergripande mål?
- Vad ser du som din enhets övergripande mål?
 - Finansiella
 - Ägarkrav
 - Tillväxt
 - Lönsamhet
 - Tid från kontakt till tid?
 - Kundnöjdhet?
 - Personalnöjdhet?
 - Andra övergripande mål?
- Hur mäter ni?
- Vem bestämmer målen?
- Var ligger fokus?
- Har det förändrats under åren?
- Har det förändrats över tid?

Strategier

- Vad har ni för strategier för att uppnå dessa mål?
 - Företagets
 - Din enhets
- Hur ser det ut i praktiken?
- Vilka svårigheter ser ni i att implementera valda strategier?

- Hur bedömer ni strategins implementering?
- Vem utvecklar strategin?
- Har det förändrats över tid?

Målsättning

- Hur sätts målen?
 - Budget
 - Benchmarking
 - Förhandling
- Hur hårda är kraven?
- Tycker du KPIs är bra kopplad till strategin?
- Vem bestämmer vad som ska mätas?
- Har det förändrats över tid?

Belöning

- Hur ser ditt belöningssystem ut?
- För vårdcentralerna?
 - Informellt
 - Formellt
 - Finansiellt
 - Icke finansiellt
- Vad händer om man inte når målen? Bestraffningar?
- Vem bestämmer hur belöningssystemen ska se ut?
- Har det förändrats över tid?

Uppföljning

- Hur jobbar ni med uppföljning och utvärdering?
- Hur kopplas resultat och utvärdering tillbaka till strategin?
- Vem bestämmer hur uppföljning och utvärdering ska se ut?
- Har det förändrats över tid?

Avslutande fråga

- Har du någon uppfattning om, och i så fall hur, ekonomistyrningen skiljer sig mellan offentliga och privata vårdcentraler?