

Handelshögskolan i Stockholm
Kandidatexamensarbete i Management 619
Handledare: Stefan Einarsson
Framläggning: maj 2017

Sanna Westerberg (23392)
Maria Träisk (23368)

Hybridsjuk vård

*Hur allmänläkarens möjlighet att styras utifrån professionslogik
påverkas till följd av NPM i primärvården.*

Abstract

This study examines whether and how New Public Management (NPM), bringing Bureaucratic and Market institutional logics to the sector of primary care, impacts the ability for medical doctors to organize their work per the logic of professionalism. Hence, this rapport is built upon a two sided key issue: how NPM is changing the organizational conditions for the health care providers in Sweden, providing institutional change and; how Bureaucratic logic and Market logic are conflicting with the logic of Professionalism. The situation is studied by how members of the key profession of this sector, medical doctors, are affected. The study is performed as a qualitative method by interviewing ten medical doctors with the same area of specialization, working at primary care health clinics in Stockholm. The aim is to understand their experience of the organization of their daily work.

Apparently, the aspirations of NPM reforms with an empowered clientele of patients and formally structured organizations have been achieved in Swedish primary health care. Findings show there is apparent influence from both Bureaucratic logic and Market logic on the work of medical doctors. The area of influence from the logic of professionalism is minor. Findings propose that too individualistic work is a diminish factor for the ability of professionals to prevail an institutional change. Professionals must either embrace a hybrid profession or engage themselves as a stronger collegial force to imply change in accordance to their professionalism.

Keywords: Professionalism, New Public Management, Market logic, Bureaucratic logic, Swedish primary health care

Förord

Vi vill med dessa ord rikta ett hjärtligt tack till er som har hjälpt oss i den inspirerande och utmanande arbetsprocess denna uppsats har inneburit.

Vi vill börja med att tacka vår handledare Stefan Einarsson, vid management- och organisationsinstitutionen på Handelshögskolan i Stockholm, för ett underbart smittande engagemang och värdefulla insikter.

Stort tack till Frank Träisk och Carolina Nylén som hjälpte oss att förstå hur det kan vara att arbeta som läkare och svarade på underliga frågor innan vi visste bättre.

Till de läkare som ställde upp på intervju och så generöst delade med sig av både personliga upplevelser och kloka tankar vill vi skicka ett mycket varmt tack.

Tack även till Mats Ek, medicinsk rådgivare och överläkare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting, för inblick i beställarens perspektiv.

Vi vill även tacka vår handledargrupp för givande diskussioner: Anna Lindegren, Anna Nelson, Gabriel Tekla, Simon Linderöth, Niklas Samuelsson och Jakob Lyckenvik.

Slutligen vill vi tacka Andreas Westerberg, Vicktoria Westerberg och Peter Träisk för att ni är så kloka och hjälpsamma.

Sanna Westerberg & Maria Träisk

Innehållsförteckning

1. Introduktion	6
1.1 Syftet och problemformulering	8
1.2 Forskningsfrågor	8
1.3 Avgränsning och antagande	8
2. Litteraturstudie	10
2.1 Institutionella logiker	10
2.2 Professionen och professionslogik	11
2.2.1 Definitionen av läkarprofession.....	14
2.2.2 Professionen i institutionell förändring	14
2.3 New Public Management: när byråkratilogik och marknadslogik introduceras i svensk primärvård	15
2.3.1 Definitionen av New Public Management	15
2.3.2 NPM inneboende logiker	16
2.3.3 NPM i primärvården	16
2.3.4 Byråkratilogik	17
2.3.5 Marknadslogik.....	19
2.4 Samexistens av logiker	21
2.4.1 Konkurrerande eller samverkande logiker	21
2.5 Sammanfattning	22
2.5.1 Analysverktyget	22
2.5.2 Teoretisk lucka anknytning till empiri	23
3. Metod	25
3.1 Forskningsmetod	25
3.1.1 Val av forskningsmetod	25
3.1.2 Relevant avgränsning av studieobjekt	25
3.1.3 Forskningsansats.....	25
3.2 Studiens utformning	26
3.2.1 Design av empiriinsamling	26
3.2.2 Urval av respondenter	26
3.2.3 Format och tolkning av intervjuer.....	27
3.2.4 Enkätinsamling av empiri	28
3.2.5 Specialistintervjuer	28
3.2.6 Sekundärempiri.....	29

3.2.7	Etiskt förhållningssätt	29
3.3	Uppsatsens trovärdighet	29
3.4	Reflektion	30
4.	Empiri	31
4.1	Struktur och ersättning för privat primärvård inom Stockholms läns landsting	31
4.2	Läkarens roll	32
4.2.1	Identitet	32
4.2.2	Kontinuitet - för läkarens bästa	32
4.2.3	Arbetsmiljö	33
4.2.4	Kollegialt arbete	33
4.3	Marknadslogiken blir närvarande genom patientens inflytande	34
4.3.1	Patienten agerar kund på marknad	34
4.3.2	Prioriteringar	34
4.3.3	Kontinuitet- för patientens bästa	35
4.4	Byråkratilogik blir närvarande genom landstingets inflytande	35
4.4.1	Struktur	35
4.4.2	Ersättningsstyrande prioritering mot tillgänglighet	36
4.5	Vårdcentralens influerade verksamhet	36
4.5.1	Inkorporering av krav i verksamheten	36
4.5.2	Att förhålla sig till ersättningsmodellen	37
4.5.3	Kontinuitet - för mottagningens bästa	38
4.6	Enkät svar	39
5.	Analys	40
5.1	Logikernas inflytande	40
5.1.1	Vem styr	41
5.1.2	Vad organiserar arbetet	41
5.1.3	God prestation	42
5.1.4	Sammanställning logikernas inflytande	43
5.2	Läkarens roll i den institutionella förändringen	44
6.	Diskussion och slutsats	47
6.1	Svar på forskningsfrågorna	47
6.2	Diskussion och förslag till framtida forskning	48
6.2.1	En patient som styr mer än marknaden?	48
6.2.2	Diskussion kring metod och studiens genomförande	50
7.	Referenser	51
7.1	Tryckta källor	51

7.2	Elektroniska källor	53
8.	Bilagor	55
	Bilaga 1. Definitionslista.....	55
	Bilaga 2. Tabell över intervjurespondenter	57
	Bilaga 3 Intervjuguide	58
	Bilaga 4. Enkätfrågor och svar.....	59
	Bilaga 5. Räkneexempel över ersättningsmodellen	61
	Bilaga 6. Intervjuuppgifter specialistintervju	62

1. Introduktion

Den 29 januari 2017 skriver Göran Arnqvist, professor vid Uppsala universitet, en debattartikel i Svenska Dagbladet om hur New Public Management (NPM) har medfört “en värld av tappade perspektiv och inverterade målsättningar”. Arnqvist är inte ensam om att framhäva NPMs konsekvenser. Ämnet är högaktuellt, inte minst kring hur vården påverkats. En omdebatterad artikelserie är Maciej Zarembas “Patiens pris” från 2013 där han framhäver NPM som orsak till en mycket dåligt organiserad sjukvård. Samma år startade ett läkaruppror där initiativtagarna beskriver att “*I svensk sjukvård pågår ständigt så kallade förbättringsarbeten men vi ser hur sjukvården ändå försämras till följd av ett system som i sig är felkonstruerat*”. Läkarna önskar “*en sjukvård där vi får agera utifrån vår professionalism*”(Läkarupproret, 2013). Detta är få av många exempel på vad som har stormat kring sjukvårdens organisering i Sverige de senaste åren. Att debatten pågår är inte konstigt, att rädda liv är inget litet uppdrag. Frågan är vem eller vad som har rätt att organisera ett livsviktigt arbete?

New Public Management (NPM) har influerat organiseringen av dagens vård i många västländer, Sverige i allra högsta grad (Knutsson et al. 2017). NPM är en samling organiseringsteorier med grundtanken att offentlig sektor bör organisera sin verksamhet inspirerat av näringslivet (Agevall 2005). Vårdens centrala utövare, läkaren, är en profession (Brante, 2015) vilken bör organiseras utifrån professionslogik (Freidson, 2001). Professionslogiken innebär att professionen ska finnas i en struktur som tillåter professionen själv att styra sitt arbete, och inte organisationens chefer eller kundernas marknadskraft (Freidson 2001). NPM å andra sidan syftar att öka ansvaret och kontrollen hos organisationsledningen, samt hushålla med resurser genom kvantitativa mått och effektivitetsmål. Dessutom vill NPM stärka serviceandan och klienternas ställning (Eriksen 1997). Det finns alltså en teoretiskt inneboende konflikt mellan professionslogik och grundsyftet med NPMs reformer. Leicht & Fennel (2008) beskriver detta som en institutionell förändring där NPM inneburit att nya logiker trätt in i den institutionella miljön.

Sverige har en lång historia av skift mot NPM reformer. På 1970-talet kom hård kritik mot styrning av, och tillgången till, vården. Staten kritiserades hårt bland annat för brist på valfrihet för invånarna, vag budgetkontroll och uppföljning samt undermåliga styrsystem. År 1985 påbörjades ett brett reformarbete med två stora förändringsområden i fokus:

prestationsstyrning samt avreglering och privatisering av verksamhet. Mätning av förhållandet mellan resurser och prestation skulle ökas (Knutsson et al. 2017). Denna uppsats tar avstamp i Vårdval Stockholm, vilket är en NPM reform som präglar primärvården i Stockholms läns landsting (SLL). Vårdvalet infördes 2008 och innebär två viktiga förändringar för primärvården; möjlighet till att fritt etablera vårdcentraler och möjlighet för medborgarna att fritt välja vårdgivare (Stockholms läns landsting, 2008). I och med den förändring vårdvalet inneburit identifieras främst två logiker blivit inbjudna till samspel med läkarens professionslogik: marknadslogik och byråkrati-logik.



Figur 1: Logiker som påverkar allmänläkare i primärvården.

Vårdvalet innebär att allmänläkare inom primärvården ska förhålla sig till landstingets mål kring tillgänglighet och resurseffektivitet samt patienter som önskar snabb, kvalitativ vård. Läkare beskriver ökad press, de känner sig överbelastade och styrda från krafter de själva inte kan påverka (Läkaruppropet, 2013). Professionen är primärt föremål för institutionell förändring i organisationer dominerade av specialiserad kunskap (Muzio, Brock & Suddaby, 2013), vilket gör läkarens profession en mycket intressant faktor att studera när nya förutsättningar antas och institutionella logiker inträder. Frågan som här väcks ur den teoretiska konflikt mellan vilka krafter som ska styra arbetet i NPM (Eriksen 1997) jämfört med professionslogik (Freidson 2001) är vad som sker med läkarens möjlighet att organisera sitt arbete när NPM formar hälso- och sjukvården allt mer. Kommer förändringen i linje med NPM att inkräkta på beslut som tidigare enbart fallit under läkarprofessionens

handlingsutrymme? I så fall, kommer medlemmar ur professionen ha möjlighet att sätta takten för den institutionella förändringen (Scott, 2008) eller ligger makten hos den byråkratiska kontrollen och klienterna på marknaden?

1.1 Syftet och problemformulering

Syftet med denna undersökning är att studera utmaningar inom offentlig sektor som uppkommer när olika institutionella logiker möts inom samma verksamhet. Vårt fokus är effekterna av New Public Management inom vården, särskilt med avseende på läkarprofessionen inom primärvården. Konkret undersöker vi hur allmänläkare inom Stockholms läns landsting kan utöva sin profession. Studien centreras kring tre institutionella logiker; professionslogik, byråkratilogik och marknadslogik. Vi genomför en kvalitativ undersökning där intervjuer med 10 läkare utgör det huvudsakliga empiriska materialet. Många undersökningar har genomförts kring en förändrad slutenvård, men när det gäller primärvården finns en empirisk lucka. Denna studie vill därmed bidra till ökad förståelse för hur läkarprofessionen fungerar inom primärvården idag.

1.2 Forskningsfrågor

- Till följd av de logiker som introduceras i primärvården genom NPM, hur påverkas allmänläkarens utrymme att styras utifrån professionslogik?
- Hur påverkas allmänläkarens roll av den institutionella förändring som NPM medför?

1.3 Avgränsning och antagande

Uppsatsen studerar allmänläkare på vårdcentraler i Stockholms läns landsting. De anses vara en lämplig grupp för att identifiera hur olika logiker ryms och påverkar en professions arbete.

Professionsteori kretsar dels kring hur professionen har kontroll över ett specifikt yrke. Vi intresserar oss inte för huruvida inskränkningar i professionen läkare hotas av alternativa professioner utan enbart inverkan av byråkratilogik och marknadslogik ur NPM inom ramen

för primärvården. Vi tittar inte heller på om det finns någon annan logik än byråkratilogik, marknadslogik eller professionslogik som påverkar allmänläkarens arbete.

Denna uppsats kommer att behandla styrning av det dagliga arbetet för läkare inom primärvården utifrån Freidsons (2001) parametrar för professionslogik. Två av Freidsons (2001) parametrar, gällande kontroll av arbetsmarknad och utbildning, är exkluderade i denna studie. De innebär ett större perspektiv som inte innefattas av hur läkaren organiserar sitt dagliga arbete.

2. Litteraturstudie

Utan kontext kan resultat vara meningslöst, därför placeras här uppsatsens forskningsfråga i en relevant teoriram. Inledningsvis beskrivs konceptet institutionella logiker.

Professionslogik presenteras som den första logik denna uppsats behandlar. Sedan förklaras New Public Management (NPM), samlingsbegreppet för vad som driver organisering av vården idag, och anledningen till att marknadslogik och byråkratilogik har introducerats i primärvården. Slutligen beskrivs samexistens mellan logiker.

2.1 Institutionella logiker

Forskningsfrågan är placerad inom fältet för institutionell logik, ett brett område som springer ur teori och analys om hur institutioner formar sin bild av omvärlden baserat på specifika idéer och värderingar (Thornton & Ocasio, 2008).

Meyer & Rowan (1977) framställer en determinerande institutionalism. De menar att organisationer som inkorporerar procedurer som motsvarar givna förväntningar för den specifika organisationen har ökade chanser för legitimitet och överlevnad (Meyer & Rowan, 1977). DiMaggio & Powell (1983) menar däremot att organisationer är fria att hämta influenser från andra slags organisationer. De menar att fenomenet homogenisering är starkt mellan även till synes olika verksamheter. DiMaggio & Powell (1983) framhäver alltså isomorfism, en sociologisk förklaring till hur organisationer utvecklas till att allt mer efterlikna varandra. Att presentera isomorfism av samhällets organisationer är relevant i denna uppsats då frågeställningen springer ur vad som händer när offentlig sektor organiseras utifrån idéer inspirerade av näringslivet (Agevall, 2005).

Friedland & Alford (1991) framförde en ny inställning till institutionell analys och definierade institutionella krafter som logiker. Institutionslogik definieras som materiella och symboliska organisationsprinciper, bärare av grunden till syftet hos specifika organisationer. Individer i organisationen bygger, utvecklar och styr organisationens innehåll och mening utifrån underliggande institutionslogik. Utifrån Friedland & Alfords (1991) idé om institutionslogik har forskare presterat flertalet logiker för vägledning av en variation

organisationer och dess individer. Detta tack vare definitionen av samhället som en interinstitutionell arena. Det ges alltså rum för parallell existens av olika institutionella logiker. Processen där organisationer tar form innebär att organisationer och individer påverkas av motstående logiker. Det interinstitutionella systemet innebär synen att det finns fler källor till rationellt beteende och en heterogen syn på logiker (Friedland & Alford, 1991). Thornton & Ocasio (2008) tillägger att i formningsprocessen av lämplig logik har både individer och organisationsaktörer påverkan (Thornton & Ocasio, 2008). Slutligen, en interinstitutionell arena innebär att grundläggande ”kunskapskategorier” i organisationsanalys inte är neutrala eller konstanta. Begrepp som effektivitet och rationalitet formas och definieras utifrån aktuell placering (Friedland & Alford, 1991). Denna uppsats tar ansats från en heterogen syn på logiker, dess parallella existens och hur en organisation kan ha logiker med motstående grundläggande teorier om organisering av arbetet i verksamheten.

2.2 Professionen och professionslogik

Sociologer har sedan länge studerat professioner och deras arbete. Professionsteorin har utvecklats från att beskriva profession som egenskap hos en yrkesgrupp, till att även handla om hur professioner organiserar och kontrollerar förutsättningar inom professionens yrke (Goodrick & Reay 2010). Professioner utsätts för krafter liksom en organisation gör (DiMaggio & Powell 1983). Professionslogiken formuleras som en institutionell logik (Scott 2008) och kan existera både mellan medlemmar inom professionen i en specifik organisation och mellan olika organisationer (Muzio, Brock & Suddaby, 2013). Freidson (2001) menar att professionslogik är en av tre grundläggande logiker som kan organisera arbete utfört av en medlem av en profession. De andra logikerna Freidson (2001) presenterar är byråkratilogik som vilar på Webers (1947) modell om rational-byråkrati, och Adam Smiths (1776) modell om den fria marknaden (Freidson, 2001).

Freidsons definierar professionslogik som “*the institutional circumstances in which the members of occupations rather than consumers or managers control work.*” (Freidson 2001 s.12). Freidson presenterar alltså professionslogik som en kontrasterande organiseringsprincip av professionens arbete jämfört med styrning utifrån marknadslogik och byråkratilogik (Freidson 2001). I sin ideala form har medlemmar av en profession bestämmanderätt över vem som är kvalificerad att utföra arbetet, möjligheten att utesluta alla övriga aktörer från det

arbetet samt kontrollerar hur arbetet utförs och utvärderas. Vilket innebär att logiken kräver “(...) *a set of interconnected institutions providing the economic support and social organization that sustains the occupational control of work*” (Freidson 2001 s. 2). Freidson argumenterar för att professionslogiken är den enda logik som kan hantera och organisera arbete kring specialistkunskap. Detta på grund av att han beskriver specialistkunskap som svårtillgänglig, och då inte på grund av att den är hemlig utan att den är specialiserad och tar tid och ansträngning att nå (Freidson 2001). Goodrick & Reay (2011) beskriver hur den abstrakta kunskap som professioner bygger på innebär att professionutövarens arbete enbart bör kontrolleras och organiseras i samråd med likvärdiga medlemmar av yrkesprofessionen. Externa parter i form av chefer, marknaden eller staten bör inte ta sig an dessa uppgifter (Goodrick & Reay, 2011). Arbete som organiseras på detta sätt mellan likar inom en profession benämns av som *kollegialt arbete* (Weber, 1947).

Freidson (2001) presenterar fem pelare som gör en profession lämplig att styras av professionslogik; yrkesgruppens statusgivande kunskap, *unik behörighet för arbetsfördelning, skyddad arbetsmarknad, profession som styr utbildning och kunskap* samt att en särskild *ideologi* driver arbetet (Freidson, 2001) Då denna uppsats behandlar det dagliga arbetet för läkare kommer arbetsmarknaden och utbildningssystemet inte att analyseras då dessa inte anses som relevanta för det dagliga arbete.

Ritzer & Walczak (1988) beskriver grundläggande värden för professionens agerande som kan anknytas till Freidsons (2001) parametrar för förutsättning att styras utifrån professionslogik. De menar att professionens viktigaste grundvärden är *auktoritet* över den som ska bemötas, *autonomi* i arbetet, samt *altruism* som innebär strävan efter det som är gott för den som ska bemötas eller kollektivt gott över personlig vinning (Ritzer & Walczak 1988). Nedan följer en tabell över hur vi uppfattar att de tre parametrar ur Freidsons (2001) teori som studeras hänger ihop med Ritzer & Walczak (1988) värdeord. Sist presenteras de sammanfattande begrepp vi använder i uppsatsens kommande avsnitt.

Professionens värdegrund enligt Ritzer & Walczak (1988)	Grundstenar för professionlogikens styrning enligt Freidson (2001)	Förklaring enligt Freidson (2001)	Begrepp som används i uppsatsen
<i>Auktoritet</i>	Yrkesgruppens statusgivande kunskap	Allmänt eller officiellt erkända kunskaper och specialiserat utförande som är teoretiskt grundat i abstrakt kunskap och färdigheter givna särskild status inom yrkesgruppen.	Vem styr
<i>Autonomi</i>	Arbetsfördelning	En inom professionen, framförhandlad arbetsdelning.	Vad organiserar arbetet
<i>Altruism</i>	Ideologi	Grundad i en ideologi som innebär att större hängivenhet ska ges till att göra ett gott arbete än för ekonomisk vinning. Kvalitet prioriteras över ekonomisk effektivitet i arbetet.	God prestation

Tabell 1: Professionens värdegrund och professionslogikens grundstenar kopplade till begrepp

2.2.1 Definitionen av läkarprofession

Läkaren är den profession som studeras i denna uppsats, vilket är en *klassisk* profession (Brante, 2015). Den *klassiska* professionen är ett akademiskt förankrat yrke med lång formell utbildning, minst 5 år, där ett examensbevis är "*ovillkorlig inträdesbiljett*" till professionen. Professionen bygger på en allmänt erkänd standardisering av utförandet, med en hög grad av efterföljande specialiseringar. Rollen bygger på auktoritet vilket innebär hög status (Brante 2015). För att bli medlem av läkarprofessionen i Sverige krävs grundläggande utbildning på 5,5 år, sedan följer allmäntjänstgöring (AT) för att erhålla läkarlegitimation. Slutligen finns möjligheten att bli specialistläkare efter specialisttjänstgöring (ST) inom aktuell specialisering. Uppsatsen studerar en av de 56 specialistgrupperna, allmänmedicin (Brante 2015).

2.2.2 Professionen i institutionell förändring

Professioner har under de senaste 30 åren påverkats kraftigt till följd av sociala, ekonomiska, politiska förändringar (Muzio, Brock & Suddaby 2013). Institutionell förändring innebär ändrade förutsättningar för organisationer vid inträde av nya logiker, vilket kan påverka professioner utifrån innehåll (*content*), villkor (*terms*) och skick (*condition*). Innehåll är vad som ingår i professionens arbete; villkor är arbetsvillkor såsom arbetstider och lön; skick hänvisar till förändring i organisationens struktur. Professionen kan förändras utifrån en eller flera av dessa parametrar då de är beroende av varandra, men ofta avgör villkor och skick implikationer för arbetets innehåll. Professioner strävar efter att arbeta med innehåll formulerat utifrån professionen. Detta innebär att villkor och skick enligt professionen ska formuleras utifrån relationen mellan professionen och dess klient, kollegialt arbete och professionens etik (Leicht & Fennel, 2008). Till följd av institutionella förändringar riskerar, och har, professioner minskat sina förutsättningar att kontrollera och organisera sitt egna arbete. Professionslogiken har förlorat inflytande (Freidson 2001, Evetts 2011). Ofta förändras förutsättningarna till följd av ekonomiska krav där kostnader måste minskas och verksamheten effektiviseras (Freidsons 2001). Vid institutionell förändring måste professionen balansera mellan professionens prioriteringar och de implikationer kring arbetets innehåll som den institutionella förändringen medför (Leicht & Fennel, 2008). Scott (2008) beskriver professionens roll som en "institutionell agent" (Scott, 2008 s. 223) med möjlighet att dirigera institutionell förändring i dagens samhälle. Rollen som institutionell

agent antas genom att professionen kan *definiera, tolka* och *applicera* institutionella beståndsdelar. Förhållande andra aktörer, har professionen störst mandat och möjlighet att influera skapandet och anpassningen av institutioner menar Scott (2008). De håller pipan som organisationer följer i förändringsdansen. Med öppenhet för nya institutionella influenser, har professionen därmed möjlighet att balansera förändringens innehåll i byggandet och förändringen av institutioner (Scott, 2008)

Denna uppsats har syftet att studera hur läkarprofessionen i Sverige påverkas av primärvårdens organisering idag. Nedan presenteras den uppsättningen av organiseringsteorier som har medfört förändring i det offentliga svenska samhället: New Public Management.

2.3 New Public Management: när byråkratilogik och marknadslogik introduceras i svensk primärvård

2.3.1 Definitionen av New Public Management

Grundtanken bakom New Public Management (NPM) är att offentlig sektor organiserar och styr sin verksamhet utifrån idéer inspirerade av näringslivet. Centralt är målstyrning med kvantitativa mått och resultatmässiga uppföljningar. Marknaden anses vara den mest effektiva samordnaren av värden. (Agevall, 2005).

Christopher Hood är en av de största teoretikerna bakom NPM, han har gjort omfattande analyser kring ett omvälvande organisatoriskt landskap inom offentligt styre. År 1991 presenterade Hood en tidig definition av NPMs grundprinciper:

1. Starkare mandat och större handlingsutrymme för förvaltningschefer.
2. Prestationsmätning med en ambition om tydliga mått.
3. Fokus på resultat, inte process.
4. En decentralisering och uppdelning av verksamheter på flera mindre delar.
5. Införande av konkurrens i offentlig sektor.
6. Styrning och ledning med näringslivet som modell.
7. En ambition att dra ner på kostnaderna. (Hood, 1991)

Definitionen av exakt vad som innefattas i NPM är omdiskuterad. Den definition av NPM som tydliggör grunden till uppsatsens frågeställning gällande påverkan på professionslogiken är hämtad från Eriksen, som uttrycker att NPM *“(...) innebär att man stärker det översta skiktets kontrollfunktion och ansvar samtidigt som man understryker kvantitativa resultatindikationer och effektivitetsmål. Man ska hushålla bättre med resurserna och låta nya incitament motivera och disciplinera de anställda. Å andra sidan lägger man stor vikt vid decentralisering och delegering vilket skall fungera som den offentliga sektorns instrument för att kunna erbjuda bättre tjänster, stärka serviceandan och klienternas ställning.”* (Eriksen, 1997, s. 105).

2.3.2 NPM inneboende logiker

NPM är utifrån grundprinciperna (Hood, 1991) ett paraplybegrepp över spridda organiseringsidéer som syftar till att frambringa vad man anser vara rationellt handlande baserat på näringslivets idé om organisering (Agevall 2005). Konventionen säger att grunden till NPM ligger i managerialism och public-choice teori. Där ena sidan menar att NPM säger att en handling är rationell när målet uppnås med minsta möjliga resursförbrukning (Eriksen, 1997). En annan ansats lyfter fram att public choice är rationalitet obunden till ett teoretiskt definierat optimalt beteende, vilket betyder att rationellt handlande frambringas när en individ handlar enligt vad som är bäst i situationen (Gruening, 2001). Gruening (2001) menar att det finns fler teoretiska influenser utöver public-choice och managerialism som format NPM *“classical public administration, neoclassical public administration, policy analysis, principal-agent theory, property-rights theory, the neo-Austrian school, transaction-cost economics, and NPA and its following approaches.”* (Gruening, 2001 s.17).

2.3.3 NPM i primärvården

Den teoretiska grunden för NPM är alltså bred vilket gör att reformer formulerade utifrån NPM är baserade på en stor skara teorier. Relevant för forskningsfrågan är reformer som berör den svenska primärvården, och där hittas Vårdval Stockholm som är en reform från 2008 formulerad utifrån Lagen om valfrihetssystem (LOV). LOV behandlar myndigheters upphandling av tjänster inom hälso- och sjukvård. Vårdval Stockholm etablerades för att *“öka mångfalden i vårdutbudet och göra det lättare för invånare att välja vårdgivare.”*

Reformen har två delar: fri etablering för vårdgivare och frihet för patienter att välja och byta vårdgivare (Stockholms läns landsting, 2008).

Leicht & Fennel (2008) konstaterar att institutionell förändring har skett till följd av NPM, och att det påverkat professioner. Att läkarprofessionen påverkats beskrivs genom exempel på hur rollen fått förändrat innehåll till följd av ökat fokus på journalarbete och forskning kring medicinsk effektivitet. De som ingår i läkarprofessionen tvingas alltså utföra komplexa uppgifter som ska tillfredställa både det större samhället och den enskilda klienten (Leicht & Fennel, 2008).

I syfte att urskilja påverkan på professionslogik såsom Freidson (2001) definierar den, samt med hänvisning till Stockholms läns primärvårds aktuella utformning, har byråkratilogik och marknadslogik identifierats ur NPM som de mest relevanta logikerna att studera.

2.3.4 Byråkratilogik

2.3.4.1 Byråkratilogikens relevans i NPM reformer för primärvården

Byråkratilogik syns i delen av NPM som innefattar den strukturella effektiviteten och ledarens kontroll; *“(...) stärker det översta skiktets kontrollfunktion och ansvar samtidigt som man understryker kvantitativa resultatindikationer och effektivitetsmål”* (Eriksen 1997, s. 105)

NPM koncept (Gruening 2001)	Teoretisk grund	Reformer för primärvården i SLL
Effektivisering av administrativa strukturer	Rationell toppstyrning	Landstinget är beställare: privata och landstingsdrivna vårdcentraler har samma avtal. Uppföljningsarbete krav från beställaren

Tabell 2: Koncept inom NPM kopplade till reformer för primärvården och byråkratilogik

På detta sätt kan visas hur reformer som påverkar primärvården i SLL kopplas till det teoretiskt definierade NPM konceptet om effektivisering av administrativa strukturer som bygger på rationell toppstyrning Gruening (2001) och byråkratilogik.

Byråkratilogik ses representerad ur reformen om Vårdval Stockholm. Reformen innebär möjlighet till fri etablering för vårdgivare, där landstinget agerar beställare och upprättar avtal med alla som uppfyller specificerade auktoriseringskrav (Stockholms läns landsting, 2008). Som godkänd vårdgivare innehas ett kontrakt som beskriver uppdraget, vilken ersättning som ges samt hur uppföljning ska ske. Avtalet reglerar även den besöksavgift man som vårdgivare får ta ut, vilken är standardiserad för samtliga vårdcentraler inom SLL. Det innebär att vårdenheter agerar i enlighet med de grundläggande och löpande krav landstinget ställer. Landstinget utvecklar och följer kontinuerligt upp vården i länet vilket innebär att kraven i förfrågningsunderlagen kan förändras för att bättre överensstämmer med invånarnas behov av vård vilket vårdgivaren måste förhålla sig till (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017).

2.3.4.2 Vem styr

Byråkratilogiken som beskrivs av Freidson (2001) är direkt hämtad från Webers (1947) definition av byråkrati. Flera forskare (Thornton, 2004; Goodrick & Reay, 2011) skriver om byråkratilogik i förhållande till profession utifrån Freidsons (2001) definition under namnet *corporate logic* där den ideala formen beskrivs som professionens arbete omvandlat till rutiner. Dessa rutiner administreras och kontrolleras av ledare och chefer högre upp i hierarkin (Thornton, 2004; Goodrick & Reay, 2011). Byråkratilogik under denna benämning beskriver hur de som ingår i professionen agerar anställda och inte som en självständig del av företaget. Försättningsvis innebär det att de anställda i ett företag leds av chefer som beslutar kring vilka anställda som ska göra vad, vilken utbildning och träning de behöver samt hur processen ska se ut. Fokus är att agera enligt vad som är bäst för företaget, och utifrån det beslutar cheferna kring vilka som ska anställas och hur processerna ska se ut (Goodrick & Reay, 2011).

2.3.4.3 Vad organiserar arbetet

Byråkratilogik enligt Goodrick & Reay (2011) beskriver ett effektivt sätt att skapa likhet genom att organisera beslutsfattande och prioriteringar utifrån företaget. (Goodrick & Reay, 2011). Weber (1947) beskriver hur man med byråkrati vill skapa ett rationellt beslutsfattande utifrån sätt skapa en generaliserade regler för organisationen. Dessa regler är universella och

tillämpas opartiskt i en situation så att beslut och prioriteringar sker på ett rationellt sätt. Mer konkret betyder detta att organisering sker rationellt på ett förutbestämt sätt utifrån vad som är bäst för organisationen (Weber 1947).

2.3.4.4 God prestation

Byråkratilogik belyser resursprioritering (Goodrick & Reay, 2011). I SLL agerar alla vårdcentraler med husläkarverksamhet under samma avtal, vilket innebär att krav och ersättning för utförande av likvärdiga tjänster är densamma. Detta innebär att enbart effektiv resurshållning kan påverka hur mycket verksamheten får "tillgodo" av den genererade fixerade ersättningen. Detta innebär att en vårdcentral anses prestera bra om den genererar goda och stabila resultat över gruppen som presterar. God prestation innebär alltså att man är produktiv genom resurseffektivitet (Goodrick & Reay, 2011).

2.3.5 Marknadslogik

2.3.5.1 Marknadslogikens relevans i NPM reformer för primärvården

Marknadslogiken syns i den del av NPM som innebär marknadsorientering, det vill säga ökad fokusering mot att marknadskrafter styr prissättning samt att tillmötesgå patientens krav utifrån att " (...) *stärka serviceandan och klienternas ställning.*" (Eriksen 1997, s. 105).

NPM koncept (Gruening 2001)	Teoretisk grund	Reformer primärvården i Sll
Konkurrens mellan aktörer inom den offentliga sektorn; införa privata aktörer.	Marknad som koncept	Fri etablering av vårdcentraler
Ser medborgaren som kund	Marknad som koncept	Fritt vårdval för patienter

Tabell 3: *Koncept inom NPM kopplade till reformer för primärvården och marknadslogik*

Inom lagen om valfrihetssystem (LOV) identifieras marknadslogiken då friheten att etablera vårdcentraler framgår tydligt (LOV. 1 kap §1.). Vidare är marknadslogiken representerad genom Vårdval Stockholm vilken innebär att patienter får välja fritt mellan

vårdgivare (Stockholms läns landsting, 2008). Utifrån Vårdval Stockholms reform kan två av de NPM koncept Gruening (2001) tar upp kopplas till marknadslogik i primärvården.

2.3.5.2 Vem styr

Marknadslogik är den tredje av de logiker Freidson (2001) beskriver. Logiken bygger på de teorier Smith (1976) presenterar om den fria marknaden. Marknadslogiken i sin ideala form bygger på att det är kundens val och preferenser avgör framgång på marknaden (Freidson, 2011). Vem som helst på den fria marknaden kan enligt marknadslogiken erbjuda en vara eller tjänst, och marknaden kommer sedan avgöra huruvida aktören kvarstår på marknaden (Goodrick & Reay, 2011). Detta skapar konkurrens mellan aktörerna på marknaden som vill nå ut till kunden och tillfredsställa dess preferenser. Således är det kunden med sitt fria val på marknaden som styr som styr inom marknadslogiken (Freidson, 2001).

2.3.5.3 Vad organiserar arbetet

Marknadslogiken förespråkar i sin ideala form en fri och oreglerad marknad (Freidson 2001). Goodrick & Reay (2011) beskriver marknadslogiken som att kunskap är lättillgänglig och inga specifika meriter krävs för att praktisera ett specifikt yrke. Marknadslogiken innebär alltså frånvaro av aktörers kontroll vilket skiljer den från andra logiker som exempelvis kontrolleras av professioner, företag eller stat. Då kundernas preferenser kring pris och kvalitet utgör bas för konkurrens, är det alltså marknaden själv som organiserar arbetet utifrån kundernas preferenser (Goodrick & Reay, 2011).

2.3.5.4 God prestation

Då kundens val och preferenser avgör framgången, innebär god prestation förmågan att möta dessa preferenser. På en fri marknad innebär detta att aktörer kan konkurrera mot varandra utifrån vilka preferenser hos kunden man vill tillfredsställa. På så sätt riktar man sig mot olika kundgrupper med olika preferenser. Framgång når man alltså genom att på ett bättre sätt än konkurrenterna nå ut till den kundgrupp man vill åt (Freidson 2001).

2.4 Samexistens av logiker

2.4.1 Konkurrerande eller samverkande logiker

Vårdval Stockholm presenterar hur byråkratilogik och marknadslogik måste samexistera med professionslogiken. Freidson (2001) beskriver hur logikers samexistens är konkurrerande, där logikernas förhållande till varandra utgör en kamp om att få störst inflytande. Goodrick & Reay (2011) redogör för en mer nyanserad bild av hur logikers samexistens kan påverka en profession.

Nedan tabell beskriver de tre konstellationer som logiker kan samexistera i enligt Goodrick & Reay (2011).

Konstellation	Samexistensens påverkan på profession	Tillstånd vid samexistens
1	En logik har dominerande inflytande över professionen och övriga logiker agerar underordnade den dominerande logiken	Samma som påverkan på profession. En logik har dominerande inflytande över professionen och övriga logiker agerar underordnade den dominerande logiken
2	Flera logiker med parallellt ungefär samma inflytande över professionen, andra logiker kan existera men har mindre inflytande	Konkurrerande eller samverkande
3	En logik har mest inflytande, utan att lämna utanför övriga logiker som också har visst inflytande.	Konkurrerande eller samverkande

Tabell 4: Konstellationer och tillstånd vid logikers samexistens

Goodrick & Reay (2011) lägger särskild tyngd vid att det är viktigt att inte endast studera den logik med mest inflytande när man studerar professioner, utan att det även är viktigt att se hur mindre inflytelserika logiker påverkar professionen. När två eller flera logiker samexisterar och har inflytande över professionen (konstellation 2 och 3) beskrivs två tillstånd; konkurrerande (*competitive*) och samverkande (*cooperative*). Det konkurrerande tillståndet är det som Freidson(2001) beskriver som när flera logiker samtidigt strävar efter att vara den dominerande, vilket resulterar i att en logik blir svagare när den andra blir starkare. I det samverkande tillståndet däremot uppstår en situation där det enda sättet för en logik att få ökat inflytande över professionen är att få med sig övriga samverkande logiker. Vidare beskrivs även att hur logiker kan ha parallellt ungefär lika stort inflytande (konstellation 2) genom segmentering mellan logikerna över område man har inflytande över (Goodrick & Reay, 2011).

2.5 Sammanfattning

NPM har medfört en stor bredd av logiker till den medicinska sfären i Sverige. Uppsatsens aktuella logikkonflikt består i att NPM innebär att stärka: 1) byråkratilogik, 2) marknadslogik medan professionslogik bygger på intern yrkesstyrning och vikten av en autonom läkarkår.

2.5.1 Analysverktyget

Läkarprofessionens påverkan av institutionella förändringen som skett till följd av byråkratilogik och marknadslogik kommer analyseras utifrån tre begrepp formulerade utifrån Freidsons (2001)definition av professionslogik och Ritzer & Walczak (1988) grundvärden för profession. Med hjälp av Goodrick & Reays (2011) teorier kommer logikernas samexistens analyseras. Tydligt är att centrala faktorer såsom god prestation definieras olika beroende på logik, i linje med Friedland & Alford's (1991) teori.

Logiker Parametrar	Professionslogik	Marknadslogik	Byråkratilogik
Vem styr:	Kollegor inom professionen	Kunden	Chefen, organisationen
Vad organiserar arbete:	Professionella själva ”självstyre”	Marknadens efterfrågan	Organisationens syn på effektivitet
God prestation:	Arbete utfört baserad på professionell bedömning och utan inskränkning	Producerar det som marknaden efterfrågar	Producerar det som är mest gynnsamt och i enlighet med syfte och bestämmelser för organisationen

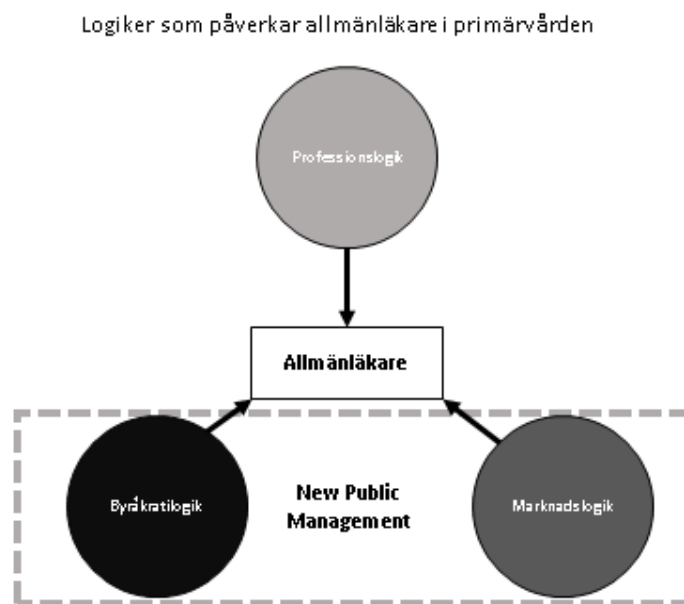
Tabell 5: Analysverktyg för denna uppsats. Freidsons(2001) parametrar teoretiskt för professionslogik utifrån professionslogik, marknadslogik och byråkratilogik.

2.5.2 Teoretisk lucka anknytning till empiri

I teorikapitlet har beskrivits hur tidigare forskning kring hur logiker interagerar och influerar professionslogik gjorts (Freidson 2001; Goodrick & Reay 2011) Vi finner dock en teoretisk lucka i att studera det faktum att NPM påverkar professionen (Leicht & Fennel, 2008) och vad som händer i professionsutövarens dagliga arbete när multipla logiker bjuds in till samspel.

Empiriskt uppfattar vi primärvården vara en lucka gällande forskning om NPMs efterföljande konsekvenser. Vi vill undersöka hur NPM har påverkat primärvårdens allmänläkare när professionslogik, byråkratilogik och marknadslogik präglar arbetet. Vi vill se hur detta tar sig

i uttryck i det dagliga arbetet och vad det på innebär för allmänläkare på vårdcentraler i Stockholm.



Modell 1: Logiker som påverkar allmänläkare i primärvården

3. Metod

Detta kapitel beskriver och motiverar den kvalitativa forskningsmetod som vi använt för att besvara forskningsfrågorna samt den induktiva ansats som präglat vår arbete i studien. I slutet av kapitlet förs en diskussion om empirins validitet.

3.1 Forskningsmetod

3.1.1 Val av forskningsmetod

För att på bästa sätt svara på forskningsfrågorna har en kvalitativ forskningsmetod genomförts genom att allmänläkare på vårdcentraler i Stockholms läns landsting (SLL) har delgett hur de upplever sin arbetssituation. Då forskningsfrågan syftar till att skapa förståelse för läkarens situation är en kvalitativ metod att föredra. Styrkan i en studie av detta slag är att den ger möjligheter att få tillgång till levande erfarenheter hämtade direkt från verkligheten och att data formuleras av de som är inblandade.

3.1.2 Relevant avgränsning av studieobjekt

SLL är en av 21 motsvarande regioner i Sverige med individuella regleringar och gällande avtal och ersättningsmodeller för vårdgivare. Samtliga läkare i vår undersökning arbetar inom SLL vilket innebär att respondenternas upplevelser präglas av likvärdiga regulativa och sociala förutsättningar. Den geografiska avgränsningen ökar möjligheten till jämförbarhet relativt forskningsfrågan. Även avgränsning till specialisering inom läkaryrket har relevans för forskningsfrågan. Studien gäller förutsättningarna för en av de 56 specialistgrupperna, allmänläkare. Samtliga intervjuade läkare praktiserar allmänmedicin på vårdcentraler, antingen under sin specialisttjänstgöring (ST), som färdiga specialistläkare eller specialistläkare med verksamhetsansvar.

3.1.3 Forskningsansats

Studien görs utifrån en induktiv ansats vilket är lämpligt val för den kvalitativa empiriinsamlingen och för möjligheten att kontinuerligt söka ny relevant teori (Bryman & Bell 2011). Arbetet har inneburit en iterativ process vilket inneburit att den mest lämpliga informationen hittas löpande utifrån förhållandet mellan teori och empiri. Teorianpassning har alltså medvetet genomförts parallellt med tematisk kodning och kategorisering av empiriskt material. Ramen för studien av multipla logiker genererades genom tolkning av

empiriska fynd i kombination med insikter om primärvårdens organisering. Detta beskriver upprepningen i arbetsprocessen då användningen av marknadslogik och byråkratilogik är influerade av både teori och empiri. Läsaren bör alltså vara medveten om att den anpassning av teori frambringat analysverktyget är sprungen ur arbete med empirisk förståelse, något som har möjliggjort en mer djupgående och relevant teoretisk forskningsgrund för denna studie.

3.2 Studiens utformning

3.2.1 Design av empiriinsamling

Den empiriska studien består av intervjuer med tio läkare samt kompletterande enkätsvar från sju av dessa. Samtliga intervjuer har hållits som personliga möten. Till viss del har vi även använt oss av deltagande observationer i samband med intervjuerna då vi besökt sju av de nio vårdcentralerna som respondenterna arbetar på. Inför tre av de tio intervjuerna önskade respondenten att hålla intervjun på annan plats än på dennes vårdcentral, vilket godtogs då primärt fokus var att genomföra intervjun och det sekundära var att få besöka vårdcentralen.

3.2.2 Urval av respondenter

Totalt har tio allmänläkare i SLL intervjuats (Bilaga 2). Syftet var att hitta en generell representation av allmänläkare och rama in läkarrollen som allmänläkare i primärvården. Omkring 125 vårdcentraler i Stockholm kontaktades via mail, telefon eller besöktes för att nå kontaktuppgifter till personer att intervjua. Ett trettiootal svarade på telefonsamtal eller mail. Av dessa svarade omkring hälften att de var för tidspressade och överbelastade. Majoriteten av respondenter nåddes sedan via kontakter med andra läkare. Möjligheten att få intervjuer ska därför ses som begränsad. Vi beslutade att föra en analys kring en generell roll som allmänläkare. Det är då till fördel för studien att läkare i olika ålder, med jämn könsfördelning, från olika vårdcentraler och med olika hierarkisk nivå inom organisationen deltar som respondenter. Detta har medfört en bred förståelse för vad som är relevant för allmänläkare.

Vi är medvetna om att alla respondenter utom en (som tills nyligen var anställd på en privat vårdcentral) arbetar på privatägda vårdcentraler. Vi vill belysa att detta baseras främst på vilka vårdgivare som vi har kommit i kontakt med. Parametern ägandeform av vårdcentralen

är inte av intresse för studien. Exkludering av den parametern motiveras med att förutsättningarna och avtalet med landstinget är detsamma för privat- och landstingsdrivna vårdcentraler. Det kan dock begränsa studiens generaliserbarhet då vi främst studerat privata vårdcentraler.

3.2.3 Format och tolkning av intervjuer

Samtliga intervjuer är av semistrukturerad karaktär. Semistrukturen innebär flexibla intervjuer där ämnen som respondenterna betonar har prioriterats. Det innebar även frihet till relevanta följdfrågor. Vi önskade även nå mer nyanserade svar då öppna frågor ställdes för att möjliggöra tolkningar (Bryman & Bell, 2011).

Vi använde en intervjuguide för att säkerställa att relevanta områden kom med i varje intervju och för att förbättra möjligheten till jämförelse mellan intervjuerna (Bilaga 3). Inför formulering av intervjufrågorna samlades sekundäremperi kring läkarnas situation och landstingets organisering in. Frågorna testades i en pilotintervju med en läkare som inte ingår i studien. På så sätt kunde vi säkerställa att den slutliga intervjuguiden innehöll begripliga frågor anpassade för läkare. Detta gav inspiration till att göra justeringar i frågorna.

Samtliga intervjuer spelades in för att sedan transkriberats. Syftet med inspelningen var att förbättra intervjuklimatet och möjliggöra uppmärksamhet till följdfrågor vid intervjutillfället, extra viktigt vid en semistrukturerad intervju, samt att säkerställa materialets tillförlitlighet efteråt. Transkriberingen bidrog till en bättre överblick och möjlighet till analys av materialet. Vi identifierade likheter, skillnader samt vilken prioritering respondenterna gjorde av återkommande ämnen under intervjun. Samtliga intervjuer hölls på svenska, det finns ingen risk för felaktiga språkliga översättningar. Kvale (1997) tar upp viktiga aspekter angående transkriberingens reliabilitet och validitet, vilket anses vara viktigt att diskutera då transkribering är en konstruktion där en muntlig kommunikationsform har blivit skriftlig. Kvale (1997) tar upp problematik med hur olika personer har olika sätt att skriva på, skriver olika noggrant samt att det kan finnas emotionella aspekter av ett samtal som är svåra att skriva ut. Vidare innebär transkribering tolkande konstruktioner och avkontextualisering av samtal där vissa aspekter kan framhävas till förmån för andra. (Kvale, 1997) För att undvika dessa problem har vi försökt att hålla intervjuerna tillsammans, de gånger endast en av författarna har hållit intervjun har vi låtit den andra transkribera. Detta för att båda författarna

ska ha bättre förståelse för vad som sades i vilket sammanhang och vilka emotionella stämningar som antydde.

Intervjuerna har analyserats enligt intervjuanalysmetod som meningskategorisering . Detta innebär att vi har kodat intervjuerna utifrån kategorier. Kategorierna har vuxit fram ad hoc under analysens gång utifrån de perspektiv som varit intressanta för teorin. Vidare är svaren under kategorierna presenterade narrativt för att belysa den kronologiska och sociala meningen i respondenternas berättelser (Kvale,1997).

3.2.4 Enkätinsamling av empiri

Vi valde att komplettera intervjuerna med en enkät. Enkäten utformades baserad utifrån de teman vi uppfattade att respondenternas svar indikerade och mailades till samma respondenter som hade intervjuats. Den innehöll påståenden där respondenterna fick ta ställning till huruvida de höll med eller inte. Vi använder enkäten som ett sätt att få tydligare ställningstagande kring ämnen som respondenterna gav svar på under intervjuerna. Att sju av tio respondenter har svarat innebär att vi inte använder enkätsvaren för analys i hög grad. Dock, då tanken är att nå en gradering av förutbestämda citat för vilka faktorer som styr läkares arbete och inte är enkätobservationen intressant att inkludera.

3.2.5 Specialistintervjuer

Inför val av forskningsfråga och avgränsning insamlades empirisk förståelse utifrån två specialistintervjuer med läkare inom SLL, de praktiserar inte allmänmedicin. Vid ett av dessa tillfällen genomfördes även en pilotintervju för att kontrollera att vår intervjuguide innehöll begripliga frågor för en läkare, samt att de uppfattades som relevanta och intressanta.

Därtill har en specialistintervju med Mats Ek, medicinsk rådgivare och överläkare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL hållits. Mats är specialistläkare inom allmänmedicin, tidigare verksamhetschef på en vårdcentral i Täby och har arbetat omkring 10 år på sjukvårdsförvaltningen. Denna intervju hade huvudsyfte att bistå med information och klarhet kring utformningen och syftet med landstingets arbete. Detta för att få bredare kunskap inför tolkning av respondenternas berättelser.

3.2.6 Sekundärempiri

Landstingets regulativa information om ersättningssystem används för att introducera empirin.

3.2.7 Etiskt förhållningssätt

Forskningsområdet behandlar förhållande till arbetsplats och arbetsgivare, vilket kan vara känsligt. Studien är därför utformad för att respondenterna ska känna sig bekväma att delta. Den är inte krävande då vi ställt öppna frågor. Respondenterna valde intervjuplats, även om vi uppmuntrade personliga möten på arbetsplatsen. Inspelning gjordes av samtliga intervjuer med respondenternas tillåtelse, men då citering uppfattades obehagligt av enstaka respondenter valde vi att anonymisera samtliga. Att vi har respondenter som har erbjudit oss sina berättelser är vi mycket tacksamma över och förstår att känslig information har framkommit. Då studien inte berör en specifik organisation utan allmänläkare generellt menar vi att det inte påverkar tolkning av empirin med anonyma respondenter. Anonymiseringen är av respekt för att våra respondenter då denna uppsats är offentlig. Fiktiva namn används för läsvänlighet.

Kvale (1997) betonar vikten av att ta hänsyn till den naturliga skillnaden mellan tal och skrift för att inte publicera osammanhängande repetitiva intervjuutskrift. Vi har värnat om att göra respondentens uttalanden så verklighetstroga som möjligt i textform men begripliga. Kvale(1997) Vi har varit noggranna med att följa respondenternas uppfattning och inte drivas av förutbestämda idéer.

3.3 Uppsatsens trovärdighet

Vi har vid genomförande av denna undersökning tagit hänsyn till de begrepp Bryman och Bell (2011) tar upp som viktiga för en studies trovärdighet: tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet och konfirmering. Vad gäller reliabilitet finns både externa och interna parametrar att ta hänsyn till då studien undersöker ett fenomen i en miljö med betingelser som är föränderliga är. Extern reliabilitet är svår att uppfylla då det är omöjligt att "frysa" den miljö och de betingelser som gäller vid denna studie (Bryman & Bell, 2011).

Vi vill även föra en diskussion kring det faktum att vi genomfört en kvalitativ studie och dess generaliserbarhet. Vi hävdar att valet av kvalitativ undersökning för den ställda forskningsfrågan har varit att föredra framför andra metoder. Detta då vi vill spegla läkares

erfarenheter och upplevelser, vilket vi anser fångas bäst genom kvalitativ studie. Vi menar att den genomförda studien är generaliserbar i den mening att vårt urval av respondenter är ett representativt urval för att svara på den ställda forskningsfrågan. Deras upplevelse av läkarrollen inom det avgränsade området går således att applicera på liknande verksamheter. Med det sagt vill vi belysa att det troligtvis finns läkare med andra förutsättningar som upplever läkarrollen på ett annat sätt. Vi vill belysa att i en kvalitativ studie är generaliserbarheten inte främsta fokus, utan det viktiga är snarare att ge plats åt och få höra läkarens röster, tankar och åsikter samt möjlighet att få utforskande och nyanserade svar.

3.4 Reflektion

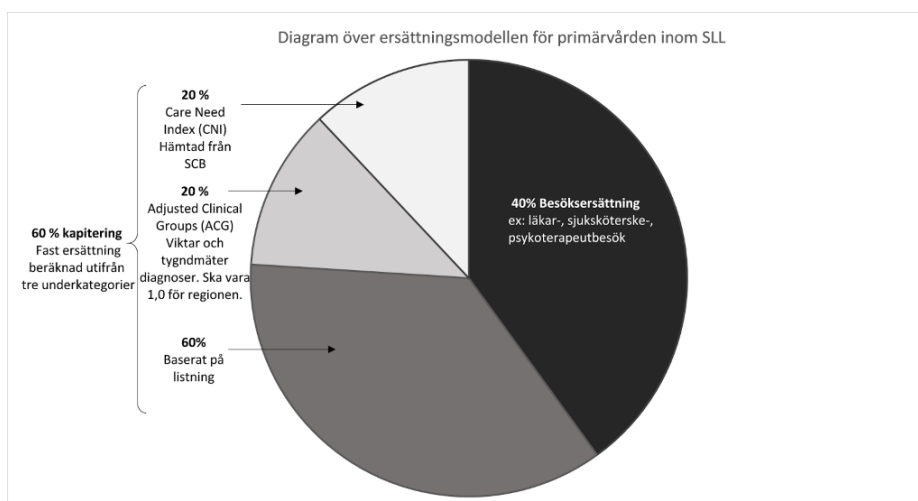
Studien kretsar kring företeelser som existerar enbart i förhållande till varandra, en konstruerad och inte oberoende verklighet (Bryman & Bell 2011). Resultatet i denna konstruerade verklighet uppstår av upplevelser i samspel mellan aktörer vilket innebär att hela ramverket för en studie som denna är högst subjektiv. Frågan uppstår huruvida vi ens kan studera något som enbart finns i den form som en specifik part definierar den. Vi menar att detta är en mycket intressant frågeställning och placerar oss medvetet i forskningsfrågan med inställningen att det handlar om en konstruerad verklighet. Vi hanterar detta genom att säga att vi utgår ifrån att studera institutionella logiker såsom de är definierade av etablerad forskning. Sedan är vi tydliga med att det gäller ett resultat av en kvalitativ studie, där våra frågor är ställda till respondenter just i förhållande till organisationen de arbetar i. Därför har vi använt den metod som bäst motsvarar det faktum att vi kan enbart studera en situation som konstrueras utifrån individers samspel och inte ämnar svara på en absolut verklighet.

4. Empiri

Avsnittet inleds med en förklaring av strukturen kring det ersättningssystem som bistår alla vårdcentraler i Stockholms läns landsting. Sedan följer respondenternas berättelser och enkätsvar.

4.1 Struktur och ersättning för privat primärvård inom Stockholms läns landsting

Denna uppsats bygger på studie av läkarrollen på vårdcentraler i Stockholm läns landsting (SLL). För förståelse kring struktur och ersättning har medicinsk rådgivare och överläkare Mats Ek på hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL intervjuats. Inom SLL finns totalt omkring 200 vårdcentraler med husläkarverksamhet och samtliga har ett standardiserat avtal med landstinget med syfte att landstingsdriven och privatdriven vård ska ha samma förutsättningar. Avtalet reglerar hur vårdcentralens verksamhet ska bedrivas, hur uppföljning ska ske samt beskriver den ersättningsmodell som landstinget betalar ut till vårdcentralerna. Sedan den 1 januari 2016 hänförs vårdcentralernas ersättning inom SLL till 60 % på ersättning baserat på listning och 40 % till besök, det tidigare systemet hade det omvända förhållandet. Att lista sig innebär att man som patient väljer en fast vårdcentral att besöka. Vårdval Stockholm är en reform inom SLL som innebär att man som boende inom SLL fritt får välja vårdcentral att vara listad på samt val att byta vårdcentral fritt när man vill. För den enskilda vårdcentralen innebär ersättningsmodellen att det faktum att patienten är listad på vårdcentralen genererar bättre ersättning än själva besöken (källa!).



Modell 2: Ersättningsmodell för vårdcentraler med husläkarverksamhet i SLL sedan 1 januari 2016

Tio allmänläkare arbetande på nio olika vårdcentraler med husläkarverksamhet inom SLL har studerats. Den empiri som belysts tydligt och tidigt av respondenter samt har störst relevans för teorin beskrivs uppdelat kring fyra områden: hur de intervjuade läkarna uppfattar sin egen roll som allmänläkare på vårdcentral, relationen till patienterna, förhållande till landstinget och vad som influerar vårdcentralernas verksamhet.

4.2 Läkarens roll

4.2.1 Identitet

Tidigt framgår att den absolut viktigaste uppgiften i läkarens roll är patientmöten, vilket Märta beskriver som *“utan patienter så behövs inte vi, det är vi som ska föra patientens talan.”*. Respondenterna berättar också att en stor del av läkarens jobb är att organisera de sjuka bland en stor skara patienter samt bygga långsiktiga relationer med patienter. Att lära känna patienten tidigt skapar förutsättning för att löpande och långsiktig ge god vård. Sofia berättar *“Det viktigaste i läkarrollen är att göra skillnad och då är det viktigt att de kommer tillbaka för då ser man att man har gjort skillnad.”*

4.2.2 Kontinuitet - för läkarens bästa

I rollen som husläkare betonas alltså det unika med ett långsiktigt relationsskapande med patienter. Detta framgår under samtliga intervjuer och respondenterna talar kring det som kontinuitet. Vera berättar *“Vi ska ju vara generalister, och då är det här med kontinuitet nyckeln till att kunna veta.”*. Filip för ett liknande resonemang *“Största anledningen till att man vill hålla samma patienter till samma läkare är framförallt när det är frågan om komplicerade fall, det är svårt för någon ny att sätta sig in i det.”* Märta betonar hur kontinuitet också gör hennes jobb roligare och smidigare, ett resonemang som återkommer i de andra respondenternas berättelser: *“Det är roligt! Det blir enklare också, du behöver inte berätta allting varje gång.”* Samtliga läkare upplever att kontinuitet existerar, men inte tillräckligt i hög grad. Vera berättar *“Visst har vi viss kontinuitet, men kanske inte så mycket som vi skulle vilja ha egentligen.”*

4.2.3 Arbetsmiljö

Flera respondenter berättar om den tunga arbetsbördan läkare utsätts för. Samtliga respondenter beskriver att en bra arbetsmiljö är essentiell för att man som läkare ska kunna göra ett bra jobb och orka med arbetsbördan. Oskar, som varit kliniskt verksam chef och vårdcentralägare i 14 år beskriver hur han arbetar för bra arbetsmiljö för läkarna på hans vårdcentral genom att vara noggrann med att de håller sunda arbetstider och uppmuntras med trevliga tillställningar kontinuerligt. Respondenterna betonar att lönen inte är det viktigaste. Märta förklarar hur en hög lön inte kan kompensera för en mindre bra arbetsmiljö: *“Blir det för jobbigt så spelar det ingen roll om man har en hög lön.”*

Många respondenter beskriver hur tillit och frihet att fatta egna beslut är mycket viktigt för en god arbetsmiljö. Lovisa berättar positivt om möjligheten att kunna ta längre tid med patienter om hon behöver och att hon känner sig litad på att hon gör ett bra jobb när hon gör det, inte ineffektiv *“Skulle jag däremot bli ifrågasatt ” du kan inte bocka av den där, du måste ta fler patienter” då skulle jag inte trivas.”* Att ta längre tid till en patient än vad tidsschemat uppger ingen annan respondent att de har möjlighet att göra i samma utsträckning. Detta anknyter till alltså läkarnas möjlighet att styra sin egen tid, något som generellt upplevs som liten av respondenterna. Självständiga beslut och egen arbetsstyrning uppges som viktigt för en bättre arbetsmiljö. Respondenter berättar om andra vårdcentraler där läkare slutar för att de inte har en god arbetsmiljö. Vera anger en koppling till hur läkarnas intressen inte lyfts fram i organisering av arbetet då ingen för deras talan *“vi läkare är ju väldigt individualistiska oftast, och det ligger oss i fatet lite grann i sådana här situationer för att vi inte för vår talan, det är ingen som för vår talan. Inte ens facket.”*

4.2.4 Kollegialt arbete

Respondenterna beskriver återkommande under intervjun att man som läkare gärna frågar sina kollegor kring bedömningar och diskuterar beslut, trots att det ligger i läkarens roll att arbeta individuellt och göra egna bedömningar. Respondenterna ger blandade svar på i vilken utsträckning detta är möjligt, några beskriver att de kan knacka på en kollegas dörr när de vill och fråga, medan andra uppger att det är svårt då man tar tid från både den läkare man frågar och dess patient. Alfons beskriver hur hans förhoppning om bättre kollegialt arbete faller offer för varje läkares mål om att vara produktiv *“var och en sköter sitt. Alla ska maximera sin egen prestation på egen hand”* Respondenterna fortsätter att berätta och flera beskriver att det är en stor skillnad mellan slutenvården och primärvården hur man jobbar kollegialt. Märta

uppges att samarbete med kollegor inte kommer lika naturligt i primärvården. Flera respondenter tar upp medsittning, att sitta med en läkarkollega under ett patientbesök, som något läkare uppskattar. Melker berättar: *“Detta gör man för att finslipa både konsultationsteknik och för att hålla sig på tårna.”* De flesta respondenter menar dock att det inte finns utrymme för medsittning. Sofia berättar *“Det är ju inte bra för ekonomin med medsittning att två läkare sitter samtidigt. Därför händer det inte, i så fall skulle man behöva jobba dubbelt så snabbt då nästa halvtimme.”*

4.3 Marknadslogiken blir närvarande genom patientens inflytande

4.3.1 Patienten agerar kund på marknad

Efter att ha diskuterat läkarens roll ber vi respondenterna berätta om relationen till patienten. Det framkommer att respondenterna upplever hur kraven från patienterna har ökat, något man som läkare har svårt att bemöta. Elisabeth berättar *“beställningsvård kan man kalla det. När patienten ser sig som en sorts kund som kommer och beställer utredningar.”* Problematiken som uppstår beskrivs under många intervjuer vara just det Elisabeth påpekar, att patienten “beställer” vård som denne tror sig behöva. Märta berättar hur detta kan upplevas: *“Ibland kan man känna sig som en remissinstans, att patienter kräver en remiss till det här och det här stället. (..) alla har rätt till den bästa vården, med det kanske inte alltid är så att patienten vet var den bästa vården är heller.”* Respondenterna fortsätter berätta om fenomenet “beställningsvård”, och förklarar hur patienterna som kommer till mottagningen snarare agerar kunder. Det framgår tydligt hur detta skapar en knepig balansgång för läkaren kring hur man ska agera. Oskar berättar *“patienten väljer doktorn, doktorn väljer utredningar. Om patienten inte är nöjd med utredningarna väljer patienten ny doktor. Och det är speciellt men så ser ju Vårdval Stockholm ut.”* Samtliga respondenter pratar om problematiken på ett liknande sätt, och många betonar även att det är viktigt som läkare att agera enligt vad man tycker är medicinskt motiverat.

4.3.2 Prioriteringar

Respondenterna beskriver hur patientens krav bidrar till en ytterligare parameter att ta ställning till gällande hur man ska prioritera. Förutom krav på rätt vård, vill patienten få snabb vård för sina besvär. Detta beskrivs av respondenterna, som också förklarar att drop-in tider eller “öppen mottagning” är lösningen på tillgänglighetskravet. Oskar ger en representativ bild över ungefär hur det ser ut på de flesta vårdcentraler: *“vi har mellan 30-50*

akuttider varje dag där patienter kan ringa på morgonen och få en läkartid. Då vet de inte vilken doktor de träffar eftersom det är en akuttid. Men de får en bedömning som får ta max 15 minuter inklusive journaltid.” Respondenterna har olika uppfattning kring hur detta system fungerar. För lättare besvär beskrivs korta tider fungera bra men om en patient kommer med mer komplicerade problem eller behöver hjälp med mer än en sak beskriver läkarna att det blir svårt att hinna med. Respondenterna anger även att när resurser och arbetstid prioriteras till drop-in blir möjligheten att boka tider och följa upp patienter sämre. Många respondenter beskriver de långa väntetiderna för att boka uppföljningsbesök som ett problem. Det är inte ovanligt att patienten måste vänta två månader på ett återbesök. Märta berättar: *“Det är ett jätteproblem, att vi inte räcker till. Där motsvarar inte vi förväntningarna, det är en jättefrustration.”*

4.3.3 Kontinuitet- för patientens bästa

Efter att beskrivit varför kontinuitet är viktigt för läkaren, beskriver respondenterna hur detta även är bra för patienten. Trygghet menar de flesta respondenterna är värdefullt för många patienter och något som uppnås med kontinuitet. Det framgår även att kontinuitet gör det lättare att förstå patientens behov, vilket är fördelaktigt för att ge patienter rätt vård snabbt. Rolf berättar: *“får man väldigt många bedömningar med samma patient och lär känna patienten så finns det en stark terapeutisk kraft i det. Jag har patienter som jag kan känna igen på andetaget hur de mår psykiskt.”*

4.4 Byråkratilogik blir närvarande genom landstingets inflytande

4.4.1 Struktur

Samtliga respondenter uppger att de är medvetna om det ersättningsavtal som finns mellan vårdcentral och landsting. Kunskapen om, och vikten av, ersättningsmodellen i arbetet varierar mellan respondenterna. Flera respondenter kan i detalj beskriva vad avtalet innehåller, och många uppger även att de känner sig väldigt styrda till följd av detta. Tydligt bland de intervjuade läkarna är dock att det finns fördelar och nackdelar med dagens struktur gentemot förut då det inte var lika reglerat. Filip uttrycker det paradoxala i förhållandet till strukturen *“Vården har blivit snabbare och mer begränsad.(..) Vården har inte blivit sämre, utan mer vetenskaplig. Förut kunde man göra lite hipp som happ”*

4.4.2 Ersättningsstyrande prioritering mot tillgänglighet

Förutom avtal med landstinget beskrivs att landstinget påverkar mottagningens arbete genom styrning kring vad som ska prioriteras. Högt listningsantal är samtliga respondenter eniga om är en tydlig prioritering, detta till följd av att det är vad landstingets ersättningsmodell premierar. Många respondenter uppger även hur listningsantalet idag är för högt för att man ska hinna med alla på ett bra sätt. Vera berättar: *“Distriktsläkarförbundet har ju någon sån här att typ 1200 skulle vara optimalt- vi har tusen mer och hinner inte med.”* Respondenterna beskriver även att antalet patientbesök prioriteras i linje med hög tillgänglighet.

4.5 Vårdcentralens influerade verksamhet

4.5.1 Inkorporering av krav i verksamheten

Graden av påverkan från landstingets ersättningsmodell uppfattas alltså olika av läkare. De vet att hög tillgänglighet och höga listningsantal är ekonomiskt gynnsamt. Gällande huruvida och i vilken utsträckning de åtgärder som innebär hög ersättning för vårdcentralen anammats eller inte verkar variera mellan vårdcentraler. Vi får blandade svar på frågan om de intervjuade läkarna är medvetna om konkreta mål på hur många patienter de ska träffa varje dag. Rolf beskriver hur de jobbar med hög tillgänglighet och presenterar produktivitetsbegreppet: *”Läkarna träffar i genomsnitt 16 patienter per dag här. Några är lite mer produktiva såklart och andra mindre.”* På samtliga vårdcentraler verkar det finnas en tanke kring vad vårdcentralens läkare bör “producera”. Respondenterna beskriver hur patienternas önskemål i kombination med landstingets krav på organisering och prioritering gör att vårdcentralerna måste anpassa sin struktur, men berättelserna avslöjar även hur det finns interna olikheter mellan vårdcentralerna. Verksamhetschefen beskrivs ha en central roll, då denne har mandat att besluta kring hur man ska jobba på vårdcentralen för att möta både patientens och landstingets krav. Respondenterna berättar hur verksamhetschefens bakgrund kan variera. Vanligtvis beskrivs verksamhetschefen vara en sjuksköterska eller läkare som arbetar kliniskt eller enbart i en chefsroll, men vi får även ett exempel på en sjukgymnast. Vera menar att hennes chef är väldigt ekonomiskt medveten och belyser en trend som många respondenternas svar antyder, att rollen för ledning av vårdcentraler inte alltid har sin främsta förankring i den medicinska verksamheten utan att annan kunskap krävs och gynnas: *”(...) det är kanske så att det är den sortens chefer man odlar fram idag. Man blir inte chef för att man är visionär och vill forma verksamhet, det är andra saker som styr för att man ska bli chef idag.”*

Respondenterna fortsätter att beskriva hur landsting och verksamhetschef har en önskan att säkerställa att läkarna hinner med det de ska. För att göra det beskrivs hur man försöker genomföra standardiseringar av både patientflöde och av läkarnas tid. Sofia berättar om förslag till standardiserad schemaläggning där alla läkarnas kalendrar ska ha identisk uppställning av tider för att säkerställa produktionsmålen *“ jag tror att man förlorar effektivitet genom att trycka in alla i en mall. Vi har inte kommit till att alla ska ha samma tidbok, men det är återkommande, och läkarna kämpar emot.”* Vera beskriver på vilket sätt stort fokus på ekonomi kan vara negativt för verksamheten: *“(…) man tappar fokus på kvalitet och verksamhetsutveckling. Det kommer hela tiden i andra hand, om det i huvudet taget finns någon tid att tänka på det- för man har sån fokus på ekonomi”*

4.5.2 Att förhålla sig till ersättningsmodellen

En viktig del som verksamhetschefen beslutar kring är hur man ska arbeta med ersättningsmodellen på vårdcentralen. När vi frågar de intervjuade läkarna hur stor koll de har på ersättningsmodellen får vi spridda svar, men samtliga intervjurespondenter är mer eller mindre medvetna om den. Sofia, som upplever stor medvetenhet på vårdcentralen hon jobbar på, beskriver hur det kan ta sig i uttryck: *” vi får inte betalt för telefonsamtal, då har vi inte råd att sitta och ringa utan de får komma hit. Så skulle man inte gjort om man fick ersättning för telefonsamtal.”* Då vi intervjuat läkare med verksamhetsansvar beskriver dessa såklart att de har stor medvetenhet om ersättningsmodellen.

Tanken som väcks när vi hör detta är ifall medvetenhet kring priser gör att det får styra läkarnas beslut. Samtliga respondenter menar att de inte skulle avstå från en åtgärd om det har medicinsk vikt. Märta berättar: *”det spelar ingen roll på priset om man anser att de är medicinskt motiverade.”* Rolf uppger *“Det har faktiskt med hälsa och liv att göra och det måste man ibland påminna sig om.”* Generellt uppfattar läkarna dock att det finns fördelar med att vara resursmedveten, Lovisa berättar *“Så att man inte gör prover som inte visar så mycket utan tänker över vilka prover som man beställer.”*

Även om medicinsk vikt avgör huruvida prov behöver tas, uppges att processer och fokusområden som genererar ersättning kan utföras trots att det inte har medicinsk betydelse för patienterna. Respondenterna beskriver hur överflödigt arbete prioriteras till följd av att vissa åtgärder premieras av landstinget, exempelvis läkemedelsgenomgångar med alla patienter eller ersättningsgenererade administration. Sofia berättar *“(…) men man gör det*

som man tycker är onödigt om man får betalt för det. ”.

4.5.3 Kontinuitet - för mottagningens bästa

Vi pratar med respondenterna kring hur man ska göra för att möta krav på bästa sätt, och får återigen höra att kontinuitet är viktigt. Respondenterna berättar att kontinuitet inte bara resulterar i glada patienter och läkare, utan även att det ur verksamhetens synpunkt är det bästa. Bland annat beskrivs av några respondenter hur vården blir smidigare. Lovisa berättar *“man gör inte om undersökningar som man tidigare gjort, man tar inte prover i onödan..”* Vidare förklarar flera respondenter att en viktig aspekt som underlättar kontinuitet är att ha en stabil läkarkår. Rolf berättar. *“Det är väldigt resurseffektivt att träffa samma, som känner dig”*

Då samtliga intervjuade läkare hyllar kontinuitet framgår en viss frustration och förundran från respondenternas håll över att kontinuitet inte premieras av landstingets ersättning. Oskar förklarar *”En bra läkarkontinuitet är oerhört viktigt.(..) för att kunna ha kontinuitet, är det viktigt att man lyckas behålla sina läkare, men det får man ingen extra ersättning för. “*

4.6 Enkät svar

Utifrån teman som framkom under intervjuerna formulerades påståenden som skickades som en enkät till respondenterna. Respondenterna ombads besvara i vilken utsträckning på en skala mellan 1-5 (1=håller inte med alls, 5=håller med helt) huruvida de höll med om påståendena. Sju av tio intervjurespondenter besvarade enkäten. Nedan är en tabell över påståendena, sammanställningen görs i procent av i vilken utsträckning respondenterna håller med om påståendena. Ett urval påståenden från enkäten presenteras, dessa är relevanta komplement till respondenternas berättelser. Kompletta enkätsammanställning finns att se som bilaga 4.



Diagram 1: Sammanställning av enkät svar

Respondenterna uppger tydligt hur de i större utsträckning är tidspressade med nya patienter än med patienter de träffat förut, samt att det finns fördelar med att ofta träffa samma patienter. Vidare uppger respondenterna även att det i stor utsträckning är viktigt att diskutera beslut kring resurser med kollegor. Dock håller de inte med i samma utsträckning kring att de tillsammans med sina kollegor jobbar mot gemensamma mål eller hjälper varandra att utvecklas kompetens.

5. Analys

Analysverktygets tre parametrar (Freidson 2001) appliceras på empirin när vi eftersöker byråkratilogik, marknadslogik och om det påverkar utrymmet för att styras utifrån professionslogik.

5.1 Logikernas inflytande

De tre teoretiskt valda parametrarna som påverkar professionens möjlighet att styra sitt arbete presenteras nedan i en matris. Företeelser för läkare på vårdcentraler införs från empirin till de tre aktuella logikerna. Här tar analysen avstamp.

Logiker Parametrar	Professionslogik	Marknadslogik	Byråkratilogik
Vem styr	Läkaren	Patienten	Verksamhetschefen
Vad organiserar arbetet	Läkaren själv eller tillsammans med kollegor; intern yrkesstyrning	Patientens krav på snabb tillgänglig vård. ”Beställningsvård”	Det som är bäst för kliniken Avtalet med landstinget
God prestation	Tillgodose vård i enlighet med patientens behov utifrån medicinsk kompetens Kontinuitet med patient för bästa vård	Det som ger nöjda patienter som vill vara listade på vårdcentralen. God tillgänglighet i linje med ersättningsgrunder Kontinuitet med patient för bästa patientupplevelse	Standardiserat för samma åkommor och slags patienter Kontinuitet med patient för resurseffektivitet

Tabell 5: Analysverktyg för denna uppsats. Freidsons(2001) parametrar empiriskt för professionslogik utifrån professionslogik, marknadslogik och byråkratilogik.

5.1.1 Vem styr

Empirin anger hur verksamhetschef sätter förutsättningar för i vilken utsträckning patienten genom marknadslogiken och läkaren genom professionslogik kan styra. På detta sätt är styrningen kontrollerad uppifrån i linje med hur Freidson (2001) beskriver byråkratisk styrning. I empirin framgår tydligt att beroende på vilken verksamhetschef man har och vilket mål denne har med vårdcentralen kommer fokus mellan patientens och läkarens interna yrkesstyrning att få olika fokus. Det respondenter beskriver som "beställningsvård" är ett tecken på patientens ökande förmåga att styra läkarens arbete genom marknadslogik. Risken finns att förlora patienter till andra vårdcentraler om de inte är nöjda. Således har patienternas preferenser inflytande på läkarens arbete genom marknadslogik (Goodrick & Reay, 2011). Alla respondenterna anger dock att de inte skulle fatta patientrelaterade beslut grundade på något som inte är medicinskt korrekt. Detta gör att professionslogik genom läkarens unika kompetens (Freidson, 2001) ändå ses ha visst inflytande.

Situationen visar tecken på det som Goodrick & Reay (2011) beskriver som en konstellation där en logik dominerar övriga. Den byråkratiska logiken dominerar övriga logiker då den innebär förutsättning för i vilken form marknadslogik och professionslogik kommer få inflytande. Med det sagt har både marknadslogik och professionslogik inflytande, men är alltså underordnade byråkratin. Marknadslogiken genom patientens fria val samt krav kring rätt och snabb vård och professionslogiken genom bestämmande kring de medicinska beslut som ska tas.

5.1.2 Vad organiserar arbetet

Empirin anger rationell effektivisering enligt byråkratilogik (Weber, 1947) genom styrda och homogena tidböcker för mottagningarnas läkare, med syftet att få organisationens medlemmars scheman identiska. Professionslogiken som förespråkar individuell planering och kollegialt arbete (Freidson, 2001) ses i empirin bli svagare till följd av detta. Vidare visar empirin på marknadslogikens inflytande när antalet drop-in tider ökat för att tillfredsställa patientens preferenser (Goodrick & Reay 2011) kring tillgänglighet. Vi ser alltså hur den struktur landstinget sätter organiserar läkarens arbete så att "patientmarknadens" efterfrågan på vård möts. Byråkratilogik och marknadslogik är således tillsammans de två logiker som har störst inflytande över hur läkarens arbete ska organiseras.

Detta motsvarar den andra konstellationen Goodrick & Reay (2011) beskriver där två logiker har stort inflytande och resterande är underordnade. I detta tillstånd är byråkratilogik och marknadslogik konkurrerande, men utifrån empirin ser vi hur de konkurrerande logikerna kan segmentera vilka områden de har inflytande över (Goodrick & Reay, 2011). Byråkratilogik har stort inflytande gällande struktur och marknadslogiken har stort inflytande genom patientens fria val att besöka eller inte besöka vårdcentralen, vilket skapar anpassning efter patients preferenser. Då läkaren måste förhålla sig till båda dessa element vid organisering av sitt arbete visar detta på en liten förmåga att organisera sitt eget arbete.

5.1.3 God prestation

Empirin visar hur samtliga logiker har stort inflytande på läkarens profession gällande god prestation. Alla de aktörer vi studerat i primärvården (läkaren, organisationen i helhet och patienter) verkar i grunden sträva efter samma mål: en resurseffektiv vård där patientens behov tillgodoses samtidigt som läkaren kan utföra sitt arbete på bästa sätt. Dock är medlen olika. Enligt byråkratilogik ska arbetet vara resurseffektivt och strukturerat, enligt marknadslogik vill man möta patientens preferenser på bästa sätt och enligt professionslogik vill man ge läkaren möjlighet att utöva sitt arbete på bästa sätt utifrån läkarens kompetens (Freidson, 2001). Empirin visar att kontinuitet där patienten får träffa samma läkare möjliggör förutsättningar för uppfyllande av samtliga logikers innebörd av god prestation. Arbetet blir resurseffektivt då läkaren har förförståelse om patienten, vilket leder till snabbare vård i linje med patientens preferenser. Samtidigt får läkaren utrymme att utveckla sin kompetens tack vare återkommande patienter och åtgärda utvecklande symptom med krav på avancemang.

Goodrick & Reay (2011) beskriver detta som ett samexisterande tillstånd där logikerna behöver samverka för att tillsammans få största möjliga inflytande. Utifrån empirin förstår vi att trenden pekar åt motsatt håll, kortsiktiga mål prioriteras för ersättning i detta nu. Primärvården verkar varken vara optimalt resurseffektiv, ha kapacitet att ge alla patienter den vård de önskar eller skapa en bra arbetssituation för läkaren. Möjlighet till samverkan av logiker finns i detta tillstånd, men har inte uppnåtts. (Goodrick & Reay, 2011)

5.1.4 Sammanställning logikernas inflytande

Byråkratilogik och marknadslogik har inskränkt läkarens interna yrkesstyrning med avseende på samtliga studerade element. Byråkratilogik identifieras som den främsta i form av en inflytelserik verksamhetschef och vårdenheter där en struktur kring läkarens arbete kan uppföras i enlighet med organisationens intresse, framför läkarkårens intressen. Empirin visar att ersättningen premieras av många vårdcentraler och ämnar uppfylla hög tillgänglighet och förväntningar från patienter kring mottagningsbesök vilket innebär influenser från marknadslogik. Detta gör att verksamheten struktureras kring det som innebär gynnsam ersättning. Med detta sagt är det tydligt att understryka att läkarna aldrig skulle göra något som stred mot deras medicinska ansvar.

Empirin visar somliga tecken på premisser där läkare åtnjuter viss frihet att styra sitt arbete. Även dessa förutsättningar ges alltså enbart utifrån en struktur som premierar frihet, i förhoppning om att utveckla och behålla kompetent personal, beslutat av verksamhetschefen. Vi vill alltså mena att byråkratilogiken är mycket stark via verksamhetschefen, och organisationen i helhet, att fatta beslut om de strukturer som anses gynna organisationen, vad detta än må vara. Strukturer kan alltså utformas i konflikt eller harmoni med professionslogik och marknadslogik beroende på den aktuella verksamhetens mål.

Det som vi identifierar är inskränkande med strukturen i just det studerade fallet är att den byråkratiska strukturen ämnar i hög grad att uppfylla ersättning utifrån de områden som ekonomiskt premieras av landstinget. Kvantitativt fokus för patienter som ska bemötas, att uppfylla hög produktivitet och inneha långa listor per läkare går inte alls i linje med vad som innebär en god möjlighet till intern yrkesstyrning för läkaren. Först när frihet erbjuds premieras läkarna (Freidson 2001).



Modell 2: Professionlogikens påverkan av byråkratilogik och marknadslogik

5.2 Läkarens roll i den institutionella förändringen

Byråkratilogik och marknadslogik innebär institutionell förändring för läkarprofessionen i primärvården. Logikerna har påverkan på både läkarens arbetsinnehåll, arbetsvillkor och vårdcentralernas organisation (Leitch & Fennel, 2008). Detta visas i analysavsnittet ovan. I takt med att förutsättningarna förändras och löpande placeras inför en läkarkår som empirin uppvisar har mycket små möjligheter till inflytande över sin arbetssituation minskar professionslogikens inflytande.

Tydligt är alltså att läkarna känner sig negativt påverkade av förändringar till följd av NPM-reformer i primärvården och upplever att de inte kan dirigera implementeringen. Detta gör oss konfunderade. Enligt Scott (2008) bör professionen vara en viktig kraft i dagens institutionella förändringar och anses ha rollen att definiera, tolka och sedan implementera element av institutionell förändring (Scott 2008). Vår undersökning om institutionell förändring med nyinförda logiker i allmänläkarnas situation har dock funnit att det är läkarna som är kraftigt styrda av förändringen och professionen identifieras inte som en ledande agent för den institutionella förändringen som Scott (2008) menar på att professioner innebär. De allmänläkare vi har träffat beskriver sig vara mycket medvetna om en förändring, men de indikerar en negativ styrning som följd och att de står utan inflytande kring hur institutionell förändring sker. Vi menar att allmänläkarna inte håller pipan i förändring, de har tappat den och dansar motvilligt med ändå.

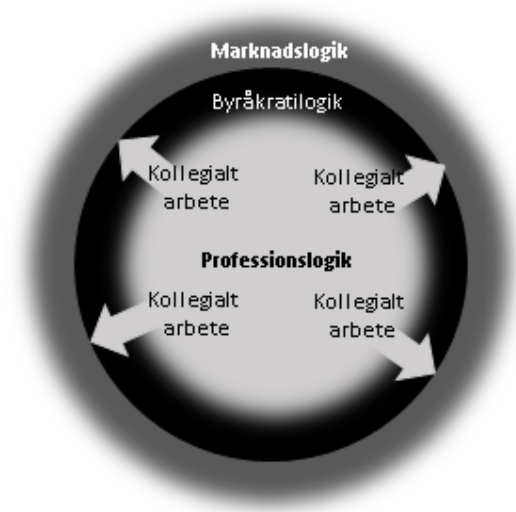
Hur kommer det sig att en profession som har makten över liv inte har makten över styrningen av sitt eget arbete? Att arbeta för att uppnå ett ädelt mål genom sina dagliga handlingar och yrkesverksamma uppdrag är professionens syfte och frambringas av att organiseras utifrån professionslogik (Freidson, 2001; Goodrick & Reay 2011).

Professionslogiken menar att professionen ska styras individuellt eller kollegialt, inte av hierarkier eller marknadskrafter (Freidson 2001). Vi ser att de allmänläkare vi har studerat befinner sig i en arbetsmiljö där deras uppdrag blir isolerat. De intervjuade läkarna beskriver hur deras uppdrag innebär patientmöten, och bristen på kollegialt arbete gör läkarna till individuella professionsutövare på sina respektive mottagningsrum. Respondenterna menar att det ligger i deras natur som läkare samt att mottagningsarbete med "sina" patienter innebär en individualistisk uppgift. Som individuell medlem av professionen kan läkaren utföra sitt uppdrag trots omgivningen. För detta grunduppdrag behöver läkarna inte vara organiserade varken inom verksamheter eller mellan verksamheter som ett gemensamt kollegium. I och

med detta ser vi hur strukturen och styrningen kring läkarens arbete inte blir lika viktig. Vi ser hur upplevelsen av förutsättningar påverkas, men att läkaren som professionsutövare uppfyller sitt syfte så länge man kan fatta patientrelaterade beslut utifrån professionens grundkunskap. Det lämnar utrymme för andra institutionella krafter i hög utsträckning att organisera förutsättningarna för arbetet innan läkaren ingriper. Är det för sent då? Vi menar att den individuella allmänläkaren i och med detta riskerar att bli en produkt av strukturen på sin aktuella arbetsplats. Den aktuella logik som präglar arbetssituationen kommer dominera över professionslogiken.

Läkarnas lösning i detta läge är att anpassa sig till de aktuella logikerna. Vi ser i empirin tendenser mot att representanter för läkarprofessionen insett att anpassning till en föränderlig hybridstruktur inom sjukvården måste ske. Exemplet i denna studie är den trend kring att läkare som arbetar kliniskt även antar rollen som verksamhetschef. På detta sätt kan styrning av vårdcentralens verksamhet ske utifrån professionens kunskap kompletterat med marknadens krav och byråkratins effektivitet. Det innebär en möjlighet för professionsmedlemmar att anpassa förändringen utifrån sin ideologi och balansera sina preferenser i och med institutionell förändring. Vi möter något som överensstämmer med begreppet hybridprofession här. Hybridprofession innebär att de som ingår i en profession möjliggör överbrygning mellan divergerande logiker till följd av att de utvecklat en särskild kompetens som ligger utanför professionens egentliga område (Blomgren & Waks, 2005).

Sammanfattningsvis utifrån allmänläkarens roll i primärvården formulerar vi härmed en tes om att professionslogiken som formas kring det interna, autonoma självstyret måste placeras i en kontext där man arbetar främst kollegialt, inte individuellt. I annat fall riskerar professionen att undermineras eller behöva, på andra logikers villkor, uppgå i en hybrid vid institutionell förändring.



Modell 6: Professionslogikens påverkan på byråkratilogik och marknadslogik vid kollegialt arbete.

6. Diskussion och slutsats

Nu kommer till sist förklaringen av vad denna uppsats har studerat och varför denna studie är värdefull.

6.1 Svar på forskningsfrågorna

Den uppmärksamme läsaren har sett att vi genom en kvalitativ undersökning studerat läkarprofessionen utifrån allmänläkare i Stockholm för att svara på forskningsfrågorna, som för påminnelsens skull löd:

- Till följd av de logiker som introduceras i primärvården genom NPM, hur påverkas allmänläkarens utrymme att styras utifrån professionslogik?
- Hur påverkas allmänläkarens roll av den institutionella förändring som NPM medför?

Vi kan konstatera att allmänläkarens möjlighet att styras utifrån professionslogik är kraftigt underminerad. Empirin visar tydligt utifrån de tre studerade parametrarna att läkarnas arbete på vårdcentralerna till följd av NPM påverkas av både byråkratilogik, marknadslogik och professionslogik, där professionslogiken är minst framträdande. Allmänläkarna arbetar hos hybridsjuka vårdgivare där verksamheten anpassas mot byråkratisk effektivitet och patientmarknadens efterfrågan. Till följd av att landstinget har utvecklat både avtal och ersättningsmodell som främst ser till aspekter som kommer patienten till nytta blir läkaren manad att förhålla sig till marknaden och patientens önskemål, även om professionslogiken fortfarande är styrande gällande läkarens medicinska beslut.

Det inte enbart i patientmöten som logikerna syns, de yttrar sig även i läkarnas generella arbetssituation. Läkaren har till följd av statisk struktur mycket knapp möjlighet till självstyre, de kan inte påverka sitt schema. Som individuell läkare har man minimal möjlighet påverka de regler som lägger grund för hur arbetet organiseras. Vi har även konstaterat att det finns en outnyttjad möjlighet i form av kontinuitet att samverka mellan logikerna för att nå god prestation.

Vi konstaterar att de NPM-reformer som påverkar primärvården innebär institutionell förändring då byråkratilogik och marknadslogik introducerats. Förändringen sker på ett

sådant sätt att läkaren har hamnat mitt i processen utan förmåga att påverka det som sker. Detta har medfört en försvagning i läkarens roll där önskning om kollegial styrning ersatts av individuellt arbete efter rådande struktur. För att handskas med det faktum att läkaren är oförmögen att påverka sin situation, har hybridläkaren framträtt med kapacitet att överbrygga de divergerande logikerna. Detta upptäckts i form av läkare som arbetar både kliniskt samt med verksamhetsstyrning.

Sammantaget har vi alltså funnit att 1) läkarens möjlighet att själv påverka förutsättningarna för att få utöva sin profession är kraftigt påverkad av byråkratilogik och marknadslogik men att 2) möjlighet till samverkan mellan logikerna för att uppnå god prestation finns, det är dock inget som man lyckas med i dagsläget. Till följd av att läkaren i sin roll måste arbeta under förutsättningar utifrån multipla logiker, har vi funnit att 3) formas till hybridprofessioner krävs i detta läge för inflytande i en föränderlig organisation.

Dessa fynd för in oss på den tes vi presenterar kring att professioner som har knapphändigt utrymme att arbeta och organisera sig kollegialt har inte möjlighet att influera institutionell förändring. Vikten av kollegial kraft för professionens påverkan i institutionell förändring är något som vi gärna ser undersöks i en ny studie.

6.2 Diskussion och förslag till framtida forskning

6.2.1 En patient som styr mer än marknaden?

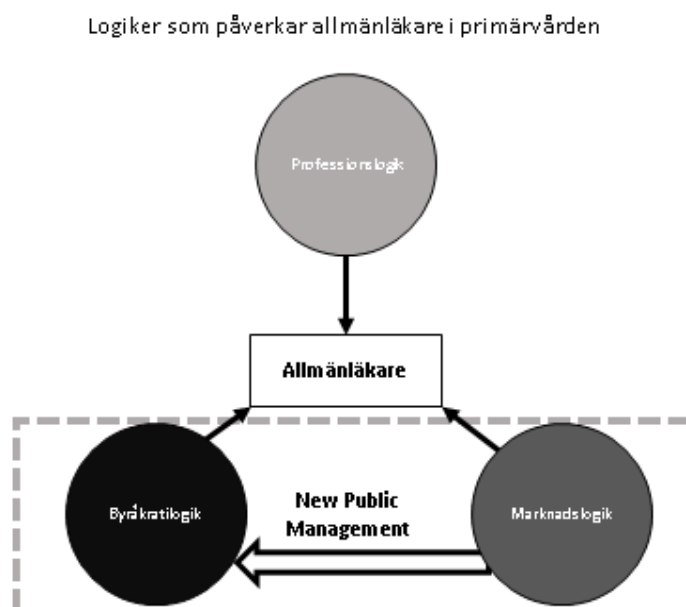
Vi har i denna studie visat hur läkarprofessionen för allmänläkare påverkas av marknadslogik och byråkratilogik utifrån NPM. Vi har i och med detta identifierat marknadslogik och byråkratilogik som två separata logiker, som var för sig påverkar läkarprofessionen. Detta då vi menar och visar på att dessa två logiker separat innebär intressanta krafter som påverkar professionen på differentierade sätt. Med det sagt har vi alltså avstått från att studera utifrån paradoxen i att de som utgör marknaden möjligtvis även kontrollerar hur den kraft som sätter byråkratisk struktur.

Det har kallats att NPM skapar en "kvasimarknad" när offentlig förvaltning finansierar en sektor men konkurrensutsätter de individuella verksamheterna mot varandra.

Förutsättningarna för intäkter är alltså identiska på grund av reglerad inkomstkälla och konkurrens får genomföras på andra faktorer. Kundens roll i denna formulering blir

intressant, vem är kund? Landstinget som beställare från de individuella vårdgivarna eller medborgarna som använder vårdtjänster på kvasimarkanden? (Almqvist 2005).

I vår studie är patienterna behandlade som tjänstebrukare hos vårdcentralen och “kund” på så sätt. En bredare tolkning innebär att patienterna som besöker vårdcentralerna även är medborgare i samhället. Landstinget som politiskt styrd aktör kan innebära att marknadskraften tolkas innebära att patienten både är direkt tjänstebrukande kund och indirekt beställare av vården. Landstinget som styr utifrån den byråkratiska logiken är politiker hos landstinget, valda att bestämma utifrån medborgarnas önskemål. Detta betyder att marknaden kan påverka professionen, antingen direkt genom marknadslogik eller indirekt genom att påverka byråkratiska logiken att handla enligt det som marknaden anser är effektivt. Detta sammanlänkande förhållande mellan byråkrati- och marknadslogik innebär en väldigt intressant paradox. Är det så att medborgaren är grunden till både byråkratins- och marknadslogikens influenser i primärvården? Att studera sambandet mellan marknadens preferenser och byråkratins tanke om vad som är effektivt ämnar inte forskningsfrågan svara på men vi ser tendenser i materialet till att detta fenomen möjligtvis påverkar primärvården. Detta vore en intressant paradox att utgå ifrån i vidare forskning kring huruvida detta sammanlänkade förhållande existerar och ser ut.



Modell 6: Logiker som påverkar allmänläkare i primärvården, när marknadslogik kontrollerar byråkratilogik

6.2.2 Diskussion kring metod och studiens genomförande

Vi har i denna studie utelämnat att innefatta patienten i empiriinsamlingen. Detta kan ha påverkat studiens validitet då patientens upplevelser av vårdssituationen är tagen som given utifrån den insamlade teorin i kombination med de intervjuade läkarnas berättelser. Således kan detta betraktas som en svaghet för studien då vi saknar empiriskt stöd från patienten i vår argumentation kring logikkrocken som sker i vården och läkarens roll.

Vidare vill vi kommentera att vi förutsätter att de intervjuade läkare som även innehar rollen som verksamhetschef har kunnat svara på frågor ur perspektivet sin roll som läkare och inte chef i organisationen. Självklart finns möjlighet att deras svar har präglats av andra perspektiv än de hos läkare som inte har verksamhetsansvar. Ett urval enbart med respondenter utan verksamhetsansvar hade möjligtvis indikerat andra tendenser. I strävan att åstadkomma en tolkning av hur just allmänläkaren upplever att arbetet organiseras, inte utifrån hur en verksamhetschef resonerar har arbetet med empiriurval och efterföljande analys skett utifrån de indikationer som läkare utan verksamhetsansvar anger.

Arbetet med empiriurval och efterföljande analys kring tolkningen har skett utifrån de indikationer läkare utan verksamhetsansvar anger för att åstadkomma en tolkning av hur just allmänläkarens upplever att arbetet organiseras, inte utifrån hur en verksamhetschef resonerar.

7. Referenser

7.1 Tryckta källor

Adcroft, A. & Willis, R. (2005). "The (un)intended outcome of public sector performance Measurement", *International Journal of Public Sector Management*. Vol. 18 No. 5, pp. 397-400.

Agevall, Lena (2005). *Välfärdens organisering och demokratin: en analys av New Public Management*. Växjö: Växjö University Press

Bergman, Mats (2013). *Upphandling och kundval av välfärdstjänster: en teoribakgrund*. Örebro: Uppdrag välfärd

Blomgren, Maria & Waks, Caroline (2005) *Coping with contradictions: hybrid professionals managing institutional complexity* *Journal of Professions and Organization* (2015) 2 (1): 78-102.

Brante, Thomas (2015). *Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. 1. uppl. Stockholm: Liber

DiMaggio, Paul J. & Powell, Walter W. (1983). *The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*. The new institutionalism in organizational analysis. Chicago: University of Chicago Press s. 63 - 83

Eriksen, Erik Oddvar (1997). *Kommunikativt ledarskap: om styrning av offentliga institutioner*. Göteborg: Daidalos

Evetts, Julia (2011), A new professionalism? Challenges and opportunities,

Freidson, Eliot (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press

Goodrick & Reay (2011) *Constellations of institutional logics*

Gruening, Gernod (2001), *Origin and theoretical basis of New Public Management*.
International Public Management Journal 4 (2001) 1–25

Hood, Christopher (1991), *a public management for all seasons?*. Journal of public
administration, Volume 69, Issue 1, March 1991, Pages 3–19

Knutsson et al.(2017) *New Public Management in a scandinavian context, Modernizing the
public sector: Scandinavian perspectives*. Lapsley, Irvine & Knutsson, Hans (red.) London:
Routledge s. 18 – 34

Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*

Leicht, Kevin T and Fennell, Mary (2008). *Institutionalism and the Professions*, Greenwood,
Royston (red.). The SAGE handbook of organizational institutionalism s. 431-448

Meyer, John W. & Rowan, Brian (1977). Institutionalized organizations: formal structure as
myth and ceremony. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University
of Chicago Press s. 41 – 62

Muzio, D., Brock, D. M., Suddaby, R., (2013) *Professions and Institutional Change:
Towards an Institutional Sociology of the Professions*. Journal of management studies

Powell, Walter W. & DiMaggio, Paul J. (red.) (1991). *The new institutionalism in
organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press

Ritzer, George& Walczak, David (1988) *Rationalization and the Deprofessionalization of
Physicians*. Soc Forces Volume 67 Issue 1

Scott, W. R. (2008). *'Lords of the dance: professionals as institutional agents'*. Organization
Studies, 29, 219–238.

Smith, Adam (1976). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. Oxford:
Clarendon

Thornton, P. H., Ocasio W. (2008). *Institutional Logics*, Greenwood, Royston (red.) (2008). *The SAGE handbook of organizational institutionalism*. London: SAGE s. 99 - 129

Weber, Max (1947). *The theory of social and economic organization* / Max Weber; edited with an introduction by Talcott Parsons (1964)

Zaremba, Maciej (2013) *Patientens pris : ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*

7.2 Elektroniska källor

Arnqvist, Göran (2017) *Fel när medlen görs till målen*. Svenska dagbladet, hämtad 20 februari från: <https://www.svd.se/fel-nar-medlen-gors-till-malen-i-offentlig-verksamhet>

Blume, Ebba (2013) *Läkare i protest mot vårdssystemet*. Dagens Nyheter, hämtad 11 maj från <http://www.dn.se/nyheter/sverige/lakarna-i-protest-mot-varldsystemet/>

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. *Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008*. Hämtad 11 maj från: http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/Aldre_rapporter/vardval-stockholm-uppfoljning.2009_6.pdf

Läkarupproret(2013). Hämtad 11 maj från: <http://upprop.nu/VVGV>

Riksdagen(2008) *Lagen om Valfrihetssystem*. Hämtad 11 maj från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962

SLL(2015) *Nya villkor för husläkarmottagningar*. Hämtad 25 april från: <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2015/09/Nya-villkor-for-huslakarmottagningar/>

SLL (2013) *Vårdvårdvalet*. Hämtad 5 maj från: <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/valja-varldgivarer/>

Vårdgivarguiden (2017) *Ersättning för husläkarverksamhet*. Hämtad 7 maj från:

<http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/avtalsinformation/huslakarverksamhet/Ersattning/>

8. Bilagor

Bilaga 1. Definitionslista

Teorirelaterade begrepp	
Professionslogik	<i>Logik för att organisera professionens arbete utifrån intern yrkesstyrning av medlemmar av professionen.</i> Termen “professionslogik” används genomgående i uppsatsen som översättning för det engelska ordet (logic of) professionalism med samma betydelse. Termen professionslogik har valts för att tydliggöra att begreppet anger en institutionell logik för att organisera professionens arbete, och inte sammanblandas med betydelsen av “professionalisering” eller “professionellt” i andra sammanhang.
Empirirelaterade begrepp	
ST-läkare	De som genomgår den slutgiltiga delen av sin utbildning för att erhålla titeln som specialistläkare, de genomför samma kliniska arbete som en specialist, med något lägre krav på omfattning till förmån för lärande och viss avsatt tid för parallell teoretisk kunskapsanskaffning

ST-läkare	En ST-läkare är en läkare under specialisttjänstgöring. ST är en förkortning för specialisttjänstgöring och innebär fem års tjänstgöring inom ett specialistområde. Under tjänstgöringen läser ST-läkaren också ett antal kurser. Efter genomförd specialisttjänstgöring kan läkaren söka om specialistbevis hos Socialstyrelsen. (http://www.sankterik.se/sv/om-oss/forskning/akademiska-tjanster/)
Specialistläkare	En specialistläkare är en läkare som har gjort klart sin specialisttjänstgöring. (http://www.sankterik.se/sv/om-oss/forskning/akademiska-tjanster/)
Husläkare	Allmänspecilialistläkare med vilken du som patient har fast kontakt med när du besöker vårdcentral genom att vara listad hos denne läkare.
Listning	Val av en vårdcentral som du vill gå till i första hand.
Primärvård	Vården som inte kräver sjukhusens tekniska resurser och som du kan få på exempelvis en vårdcentral, hälsocentral, familjecentral eller på barn- och mödravårdcentraler.
Slutenvård	Vård som ges när du är inskriven på ett sjukhus.

Bilaga 2. Tabell över intervjurespondenter

“Namn”	Titel	Vårdcentral	Datum	Tid
Oskar	Verksamhetschef med kliniskt arbete som specialist i allmänmedicin	Privat vårdcentral, sydöstra Stockholm	2017-04-17	35 min
Melker	Verksamhetschef med kliniskt arbete som specialist i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Stockholms innerstad	2017-04-24	30 min
Filip	Verksamhetschef med kliniskt arbete som specialist i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Stockholms innerstad	2017-04-03	24 min
Rolf	Verksamhetschef med kliniskt arbete som specialist i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Stockholms innerstad	2017-03-24	41 min
Vera	Specialistläkare i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Stockholms innerstad	2017-04-12	30 min
Lovisa	Specialistläkare i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Stockholms innerstad	2017-04-04	35 min
Alfons	Specialistläkare i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Stockholms innerstad	2017-04-28	35 min
Sofia	Specialistläkare i allmänmedicin	Privat vårdcentral, Nordöstra Stockholm	2017-05-03	24 min
Elisabeth	ST-läkare allmänmedicin	Landstingsdriven vårdcentral, västra Stockholm	2014-04-12	30 min
Märta	ST-läkare allmänmedicin	Privat vårdcentral, västra Stockholm	2017-04-13	28 min

Not: Observera att respondenternas namn är fiktiva för uppsatsen.

Bilaga 3 Intervjuguide

Bakgrund och läkarrollen

Hur länge har du varit läkare?

Vad har varit de största förändringarna under din tid som läkare?

Vad är det viktigaste i rollen som läkare?

Vad är det roligaste med ditt jobb?

När får du använda din kompetens max?

Det dagliga arbetet

Hur ser en vanlig dag ut för dig?

Hur prioriterar du din tid och utifrån vad bör en läkare prioritera sin tid?

Vilka är dina möjligheter att påverka ditt dagliga arbete?

Vad är bra arbetsmiljö för dig?

Hur mycket samarbetar du med dina kollegor i ditt dagliga arbete?

Hur mycket skulle du säga att du och dina lärarkollegor styr vad som prioriteras för vårdcentralens huvudsakliga arbete?

Arbetsplatsen och verksamheten

Vad innebär produktivitet som läkare?

Hur bestäms vad som ska prioriteras?

Hur får man läkar att stanna, när är en läkare nöjd?

Vad innebär kvalitet som läkare?

Hur kommer det sig att ni får nya patienter eller att folk lämnar?

Hur håller man en patient nöjd?

Medvetenhet kring NPM och ersättningssystem

Vad vet du om New Public Management?

Hur medveten är du om ersättningssystemet?

Övrigt

Är det något som du önskar tillägga, något som vi har missat att fråga?

Bilaga 4. Enkätfrågor och svar

Påstående	Poäng	Håller med %
"Det finns många fördelar med att ofta träffa samma patienter"	33	94%
" Akut/ Drop-in tider är ofta för korta för att jag som läkare ska hinna utföra besök med patienter jag träffat förut på bästa sätt"	15	43%
" Jag känner mig extra tidspressad under akut/ drop-in tider med patienter jag tagit emot förut "	16	46%
"Jag kan använda hela min kompetens under möten med patienter jag träffat förut"	34	97%
"Om mina läkarkollegor har fler patienter på sin lista än vad jag har presterar jag sämre "	17	49%
"Om mina läkarkollegor tar emot fler patienter än mig är jag mindre produktiv "	21	60%
"Det finns många fördelar med att ofta träffa nya patienter"	19	54%
" Akut/ Drop-in tider är ofta för korta för att jag som läkare ska hinna utföra besöket på bästa sätt"	17	49%
" Jag känner mig extra tidspressad under akut/ drop-in tider med patienter jag inte tagit emot förut "	23	66%
"Jag kan använda hela min kompetens under möten med nya patienter"	21	60%
"Om mina läkarkollegor tar emot fler nya patienter än vad jag gör har jag presterat sämre "	19	54%
"Jag trivs i allmänhet på min arbetsplats"	30	86%

"Jag och mina kollegor hjälper varandra för att utveckla vår gemensamma kompetens"	24	69%
"Jag blir ofta ifrågasatt av mina kollegor kring mina beslut om ex. prover och behandlingar "	9	26%
"Det är viktigt att diskutera olika beslut med sina kollegor för att säkerställa så resurser används på bästa sätt "	30	86%
"Jag känner att det är tydligt att jag och mina kollegor jobbar mot samma mål"	24	69%
"Det finns en tydlig hierarki bland kollegorna på min arbetsplats"	22	63%
"Jag upplever att det finns konkurrens mellan mig och mina kollegor på min arbetsplats"	15	43%
"Den läkare som hinner ta emot flest patienter är generellt ansedd vara den bästa läkaren"	18	51%
"Det är viktigt att alla på arbetsplatsen jobbar målmedvetet"	30	86%
"Det är viktigt att alla på arbetsplatsen jobbar resurseffektivt"	32	91%
"Det är viktigt att alla på arbetsplatsen har koll på ersättningsmodellen, så man har den i bakhuvudet när man fattar beslut"	23	66%
"Som chef måste man lita på att läkarna kan fatta beslut på egen hand och att man aldrig lägger sig i"	17	49%
"Det är viktigt att inte jobba mot prestationsmål som läkare"	20	57%
"Det är viktigt som chef att leda sina läkare mot att bli så produktiva som möjligt"	23	66%
"Det är viktigt som chef att leda sina läkare mot att fokusera på kvalitet så mycket som möjligt"	31	89%

Bilaga 5. Räkneexempel över ersättningsmodellen

SIMULERING LISTNINGERSÄTTNING 2017 Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård

Fyll i värden i de gula rutorna!

	Kr/år	Antal	Ersättning
Åldersrelaterad ersättning			
0-5 år	776	10	7 760
6-64 år	647	10	6 470
65-199 år	1 680	10	16 800
Summa åldersrelaterad ersättning			31 030
CNI			
kr/år om CNI = 1,0	274		
Mottagningens CNI-värde	0,75		
kr/år per listad på mottagningen	206		
CNI-ersättning	206	30	6 180
ACG			
kr/år om ACG = 1,0	274		
Mottagningens ACG-värde	1		
kr/år per listad på mottagningen	274		
ACG-ersättning	274	30	8 220
TOTAL listningsersättning*			45 430

*Den listningsersättning som beräknas fram motsvarar ca 60% av total ersättning 2017. Resterande del (ca 40%) består av besöks- och åtgärdsrelaterad ersättning.

Bilaga 6. Intervjuuppgifter specialistintervju

Mats Ek	Specialistintervju	Medicinsk rådgivare och överläkare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL	2017- 04-21	60 min
---------	--------------------	--	----------------	-----------