



**LUNDS UNIVERSITET**  
Ekonomihögskolan

Företagsekonomiska institutionen

FEKH69

Examensarbete i redovisning på kandidatnivå

HT2016

# Att styra en vårdcentral

Vem sitter egentligen vid rodret?

## **Författare:**

Caroline Andersson

Hillevi Bagger-Jørgensen

Malin Granbom

## **Handledare:**

Peter W Jönsson

## Sammanfattning

---

**Nyckelord:** Region Skåne, Vårdcentral, Styrning, Primärvård, Ersättningssystem

**Titel:** Att styra en vårdcentral - *vem sitter egentligen vid rodret?*

**Författare:** Caroline Andersson, Hillevi Bagger-Jørgensen och Malin Granbom

**Handledare:** Peter W Jönsson

**Ämne/Kurs:** FEKH69, Examensarbete i redovisning på kandidatnivå, 15 högskolepoäng

**Seminariedatum:** Fredagen den 13 januari 2017

**Problem:** År 2010 genomförde primärvården i Sverige en förändring och införde vårdval. Detta innebär att patienten själv har möjlighet att fritt välja vårdmottagning och att ersättning som betalas ut följer patienten i dennes val. I Sverige är det landstingen som betalar ut vårdcentralernas finansiella ersättningar, och även utformar ersättningssystemen vilket innebär att det också är landstingen som är ytterst ansvariga för styrningen på marknaden. Vi ställer oss därför frågan hur styrning och ersättningssystem egentligen används på en vårdcentral?

**Syfte:** Uppsatsens syfte är att på ett komparativt sätt beskriva och analysera hur offentliga vårdcentraler tillämpar styrning, ersätts och vilka tänkbara effekter av ersättningen är.

**Metod:** I denna kvalitativa studie har det genomförts multipla fallstudier där information hämtats genom semistrukturerade intervjuer samt dokumentstudier. Samtliga fallstudier har utförts på offentliga vårdcentraler inom Region Skåne.

**Teoretiskt ramverk:** Merchant och Van der Stede (2007) delar upp styrning av en organisation eller verksamhet i olika typer; resultatstyrning, handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning. Genom att använda denna indelning kan ett helhetsperspektiv på hur vårdcentraler styrs belysas i denna uppsats.

**Empiri:** Vårt insamlade material om Region Skånes balanserade styrkort är hämtat från intervju med Karin Träff Nordström, divisionschef för division fem. Genom att intervjua tre verksamhetschefer på vårdcentraler inom division fem, kunde vi ta del av deras uppfattning om styrningen och ersättningsmodellerna som tillämpas.

**Slutsats:** Vi har funnit att den övergripande styrformen som används på vårdcentralerna är resultatstyrning samt att denna typ av styrning ter sig relativt likadan oavsett enhet. Handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning är styrtyper vårdcentralerna själva i större omfattning kan påverka och besluta kring. Det har dock visat sig att offentligt drivna vårdcentraler även här ter sig relativt lika. Generellt sett kan också konstateras att styrning av en vårdcentral tillämpas på olika sätt beroende på vems perspektiv som står i fokus.

## Abstract

---

**Keywords:** Region Skåne, Primary Healthcare, Business Control, Compensation Model

**Title:** Att styra en vårdcentral - *vem sitter egentligen vid rodret?*

**Authors:** Caroline Andersson, Hillevi Bagger-Jørgensen and Malin Granbom

**Advisor:** Peter W Jönsson

**Course:** FEKH69

**Seminar date:** Friday 13 January 2017

**Problem:** In 2010 the Swedish primary health care system went through a serious change and introduced a system where caretakers choose caregivers individually. The compensation paid to each unit depends on how many listed patients every unit has. In Sweden, the country councils are responsible for designing compensation systems and for the governance of the market. The question we ask is hence how control and compensation models are applied at health care centres.

**Purpose:** The purpose of this paper is to compare public health care units and analyze how they apply different types of control, use compensation and how the compensation will affect the units.

**Methodology:** In this qualitative paper, we have completed multiple case studies. Information has been gathered through semistructured interviews as well as through document studies. All of the case units belong to Region Skåne.

**Theoretical framework:** Merchant and Van der Stede (2007) divides business control into four different types; result control, action control, personnel control and cultural control. By applying this categorization we may create an overall perspective that shows how the units of healthcare are being controlled.

**Empirical foundation:** Our empirical material about Region Skånes balanced scorecard is gathered from an interview with Karin Träff Nordström, head of division five. While interviewing three different heads of healthcare units within the fifth division we were able to harvest different opinions about how the units are applying control and how the compensation models work in practise.

**Conclusion:** We have found that the overall form of control used in our chosen health centres is result control, and this type of control appears to be relatively similar regardless of unit. Action control, personnel control and cultural control are the control types that each care center on a larger scale can influence and decide upon. However, it has been found that our chosen health care centres once again seem relatively equal. We have noted that control of a health care centre is applied differently, depending on which perspective you chose to focus on.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning.....</b>	<b>2</b>
1.1 <i>Bakgrund</i> .....	2
1.1.1 <i>Primärvården i Sverige</i> .....	2
1.1.2 <i>Styrning i primärvården</i> .....	3
1.2 <i>Problemdiskussion</i> .....	4
1.3 <i>Syfte</i> .....	4
<b>2. Metod.....</b>	<b>5</b>
2.1 <i>Val av ämne</i> .....	5
2.2 <i>Val av forskningsmetod</i> .....	5
2.3 <i>Val av vårdcentraler</i> .....	5
2.4 <i>Val av respondenter</i> .....	6
2.5 <i>Datainsamlingsmetod</i> .....	7
2.6 <i>Val av referensram</i> .....	7
<b>3. Teoretisk referensram .....</b>	<b>9</b>
3.1 <i>Resultatstyrning</i> .....	9
3.1.1 <i>Flerdimensionell styrning</i> .....	10
3.2 <i>Handlingsstyrning</i> .....	10
3.3 <i>Personalstyrning</i> .....	11
3.4 <i>Kulturstyrning</i> .....	12
<b>4. Styrmedel inom vården .....</b>	<b>13</b>
4.1 <i>Krav för att få verka som vårdcentral i Region Skåne</i> .....	13
4.2 <i>Region Skånes värdegrund</i> .....	13
4.3 <i>Krav för att få arbeta på en vårdcentral</i> .....	13
4.4 <i>Ersättningsmodeller i primärvården</i> .....	14
4.5 <i>Region Skånes ersättningsmodell</i> .....	15
4.6 <i>Effekter av ersättningsmodellerna</i> .....	17

4.6.1 Dimensioner, incitament och effekter .....	17
4.6.2 Kapitationsersättning och anslag.....	18
4.6.3 Åtgärdsbaserad ersättning .....	19
4.6.4 Målrelaterad ersättning .....	19
<b>5. Empiri .....</b>	<b>20</b>
5.1 Division 5:s balanserade styrkort.....	20
5.2 Styrning på vårdcentraler.....	21
5.2.1 Vårdcentral 1 .....	21
5.2.1.1 Resultatstyrning .....	21
5.2.1.1.1 Ersättningssystem .....	22
5.2.1.2 Handlingsstyrning.....	23
5.2.1.3 Personalstyrning.....	24
5.2.1.4 Kulturstyrning.....	24
5.2.2 Vårdcentral 2 .....	24
5.2.2.1 Resultatstyrning .....	25
5.2.2.1.1 Ersättningssystem .....	26
5.2.2.2 Handlingsstyrning.....	27
5.2.2.3 Personalstyrning.....	28
5.2.2.4 Kulturstyrning.....	28
5.2.3 Vårdcentral 3 .....	29
5.2.3.1 Resultatstyrning .....	30
5.2.3.1.1 Ersättningssystem .....	32
5.2.3.2 Handlingsstyrning.....	33
5.2.3.3 Personalstyrning.....	34
5.2.3.4 Kulturstyrning.....	34
<b>6. Analys .....</b>	<b>35</b>
6.1 Resultatstyrning.....	35
6.1.1 Balanserat styrkort.....	35

6.1.2 Vårdcentralernas implementering av resultatstyrning .....	36
6.1.2.1 Steg 1 .....	36
6.1.2.2 Steg 2 .....	36
6.1.2.3 Steg 3 .....	37
6.1.2.4 Steg 4 .....	38
6.1.3 Att lyckas med implementering av resultatstyrning .....	39
6.1.4 Resultatstyrning genom ersättningsystem .....	39
6.1.4.1 Kapitationsersättning och anslag .....	39
6.1.4.2 Åtgärdsbaserad ersättning .....	40
6.1.4.3 Målrelaterad ersättning .....	41
<i>6.2 Styrmedel för att uppnå satta resultat .....</i>	<i>41</i>
6.2.1 Handlingsstyrning .....	42
6.2.1.1 Kommunikation av arbetsuppgifter .....	42
6.2.1.2 Uppföljning av utförda arbetsuppgifter .....	43
6.2.1.3 Legitimationer .....	43
6.2.2 Personalstyrning .....	44
6.2.2.1 Rekryteringsprocessen .....	44
6.2.2.2 Fortbildningar/Kompetensutveckling .....	44
6.2.3 Kulturstyrning .....	45
6.2.3.1 Gemensam värdegrund .....	45
<b>7. Slutsats .....</b>	<b>46</b>
<i>7.1 Slutdiskussion .....</i>	<i>47</i>
7.1.1 Möjligheter och hinder för styrning .....	47
7.1.2 Etik och moral .....	48
<i>7.2 Metoddiskussion .....</i>	<i>49</i>
7.2.1 Studiens trovärdighet .....	49
7.2.1.1 Kritik mot metodval .....	49
7.2.1.2 Kritik mot val av datainsamlingsmetoder .....	49

7.3 Fortsatt forskning .....	50
<b>Källförteckning .....</b>	<b>51</b>
<b>Bilaga 1: Organisationsschema .....</b>	<b>54</b>
<b>Bilaga 2: Intervjufrågor verksamhetschef 1 .....</b>	<b>55</b>
<b>Bilaga 3: Intervjufrågor verksamhetschef 2 och 3.....</b>	<b>57</b>
<b>Bilaga 4: Division 5´s balanserade styrkort .....</b>	<b>60</b>

# 1. Inledning

”- Man utbildade sig inte till ekonom utan till att göra det bästa för patienterna”

Fredrik Modig, distriktsläkare på vårdcentralen Måsen i Lund (Haupt, 2016).

Sättet att styra den svenska hälso- och sjukvården har drastiskt förändrats under de senare åren. Problematiken i en så pass professionsstyrd bransch ligger i att ena de olika yrkeskategorierna. Av ett radioinslag som Sveriges Radio P4 gjort, med läkare på vårdcentralen Måsen i Lund samt chefer från Region Skåne, framgår att det läggs allt mer fokus på den ekonomiska aspekten av verksamheterna samtidigt som budgetunderskottet växer (Haupt, 2016). Detta medför att ekonomi genomsyrar inte bara ekonomernas arbetsuppgifter utan alla professioners arbetsuppgifter, vilket ställer höga krav på verksamhetens styrning. Vi har därför valt att i denna uppsats utreda hur styrning tillämpas på vårdcentraler.

## 1.1 Bakgrund

### 1.1.1 Primärvården i Sverige

Primärvården är en del av Sveriges öppna hälso- och sjukvård, och öppenvård avser vård av patienter som ej är inlagda, företrädesvis på sjukhus. Denna typ av vård sker exempelvis vid vårdcentraler eller hemma hos den aktuella patienten. Primärvården ska, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), hantera all vård som ”inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. År 2010 genomförde primärvården i Sverige en förändring och införde vårdval. Av lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962), framgår att vårdvalet sedan år 2010 är tvingande för vårdgivarna. Flertalet landsting och regioner<sup>1</sup> hade redan innan år 2010 frivilligt valt att påbörja införandet av vårdval. I och med vårdvalet tillåts även privata aktörer att etablera sig på marknaden.

I rapporten *Vårdval i primärvården* beskriver Anell, Nylinder och Glengård (2012) vårdvalet i sin korthet som ett tillvägagångssätt där patienten själv erbjuds möjlighet att välja mottagning. Mottagningarna som är möjliga att välja bland kan vara både privata och offentliga aktörer som uppfyller de krav som krävs för etablering på vårdmarknaden. Ersättning betalas ut per patient och följer således patienten i dennes val. Utformningen av ersättningsprinciperna leder således till att olika vårdenheter påverkas på olika sätt, vilket i sin tur resulterar i att olika villkor och ekonomiska incitament uppstår. En marknad utformad på detta sätt är att betrakta som en välfärdsmarknad, något Glengård (2015) klassificerar som en marknad där utförare (vårdcentralerna) ges möjlighet att konkurrera om patienterna genom kvalitet och tjänsteutbud istället för genom pris. Efter vårdvalets införande har därför den svenska primärsjukvården ställts inför en ny typ av konkurrens med nya förutsättningar för marknadens aktörer.

Den svenska hälso- och sjukvården, och därmed även primärvården samt dess vårdcentraler, finansieras främst av landsting- och kommunalskatter (Region Skåne, 2016c). Då det är landstingen

---

<sup>1</sup> Landsting och region används i denna uppsats som samlingsbegrepp eftersom de har samma funktion inom vårdvalet.



som betalar ut vårdcentralernas finansiella ersättningar, och också utformar ersättningssystemen<sup>2</sup>, är det landstingen som ytterst är ansvariga för styrningen på marknaden (Glenngård, 2015).

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvården i Skåne. Genom vårdvalets införande av valfrihetssystem är de skyldiga att se till att Skånes invånare får information gällande vilka leverantörer av vård som finns och att dessa leverantörer ersätts för sina prestationer (Region Skåne, 2015a). Genom att Region Skåne är ytterst ansvarig för alla vårdleverantörer som finns i regionen säkras vårdkvaliteten för patienten. Vårdvalet och möjligheten till valfrihet blir därför en viktig maktpositionering för patienten då det finns ersättning som följer patienten i dennes val av vårdmottagning (Region Skåne, 2015b). Att patienten kan välja vilken vårdcentral de vill gå till bidrar därför till konkurrensen på marknaden och ger incitament till vårdcentralerna att producera så bra vård som möjligt. Valfrihetssystemet som infördes 2010 genom lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962), har i Region Skåne givits namnet Hälsoval Skåne. Idag har Skåne totalt 152 vårdcentraler som uppfyller ackrediteringsvillkoren för Hälsoval Skåne. 86 av dessa vårdcentraler bedrivs i offentlig regi (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

### **1.1.2 Styrning i primärvården**

Genom lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962) är det lagstadgat att det inte får existera någon priskonkurrens mellan leverantörerna på marknaden, och således baseras medborgarnas val inte på pris utan på exempelvis upplevd kvalitet. Leverantörerna ges frihet att forma vården utifrån egna preferenser, dock ska de krav Region Skåne ställer uppfyllas. Vårdleverantörernas frihet spelar en viktig roll när det gäller att anpassa utbudet utifrån olika patienters önskningar och behov (Region Skåne, 2015a). Detta innebär, eftersom vården till viss del finansieras genom skattemedel, att det tillfaller politikerna att kräva viss kvalitet av de verksamheter som utformar vården. Ackrediteringsvillkor skall uppfyllas för att vårdenheterna skall få någon ersättning, vilket gör att den styrning som behöver tillämpas skiljer sig åt mellan olika landsting (Sveriges Kommuner och Landsting, u.å b.).

Merchant och Van der Stede (2007) delar upp styrning av en organisation eller verksamhet i olika typer; resultatstyrning, handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning. Genom att använda denna indelning kan ett helhetsperspektiv på hur vårdcentraler styrs belysas i denna uppsats. Vidare diskuteras styrning på ett flerdimensionellt plan, där hänsyn tas till fler aspekter än den finansiella, något som bland annat framgår genom Region Skånes användande av det balanserade styrkortet. Knutsson (2010) menar på att just flerdimensionell styrning fått allt större roll inom landstingen under det senaste decenniet. Detta kan knytas an till den kritik som väcks i Sveriges Radio P4's inslag från vårdcentralen Måsen. Av inslaget framgår att ett alltför stort fokus hamnar på ekonomin och att olika effekter för patienterna uppstår till följd av bland annat ersättningssystemen som idag råder (Haupt, 2016).

---

<sup>2</sup> Ersättningssystem och ersättningsmodeller används som synonyma begrepp i denna studie.

## 1.2 Problemdiskussion

Då den svenska hälso- och sjukvården är professionsstyrd i den bemärkelse att det krävs legitimationer för flertalet av yrkesutövarna (läkare, sjuksköterskor med flera) bör de ekonomiska incitamenten ha ringa betydelse. Dessa yrkeskategorier torde styras av etik, kunskap och lagtexter. Ersättningssystemen har dock, trots detta, visat sig ha effekt (Anell, 2010).

När en verksamhet med flertalet professionsstyrda yrkeskategorier skall arbeta mot samma mål ställer det krav på styrningen och hur styrningen får genomslag i verksamheten. Dels måste målen kommuniceras på ett tydligt sätt, men det måste också ligga i varje anställds intresse att tillsammans arbeta för att nå upp till de mål som är satta för verksamheten. Av Sveriges Radio P4's inslag framgår att Region Skåne har ökat kraven för vårdcentralerna gällande bland annat täckningsgrad, något som tros ligga bakom de ökande budgetunderskotten. En av läkarna som intervjuas i inslaget uttrycker att de anställda därför upplever högre krav på att få ersättning på andra sätt (Haupt, 2016). Då den svenska hälso- och sjukvården finansieras genom skattemedel är ersättningen till vårdcentralerna bestämd av politiker, det är också dessa politiker som väljer att ersätta olika mål och företeelser.

Så hur styrs egentligen en vårdcentral? Med utgångspunkt ur Merchant och Van der Stede's (2007) typer av styrning kartlägger denna uppsats hur tre olika vårdcentraler bedriver sin verksamhet och styr sin personal mot uppsatta mål. Det undersöks också hur vårdcentraler ersätts och tänkbara effekter av detta.

## 1.3 Syfte

Uppsatsens syfte är att på ett komparativt sätt beskriva och analysera hur offentliga vårdcentraler tillämpar styrning, ersätts och vilka tänkbara effekter av ersättningen är.

## 2. Metod

### 2.1 Val av ämne

Att välja ämne för en kandidatuppsats är en omfattande procedur. Det är mycket tid som ligger bakom en färdig uppsats och ämnesvalet bör kännas både relevant och intressant för författarna. Vi har sedan länge varit intresserade av vårdsektorn, eftersom vården är ett ämne som vid något tillfälle i livet berör i princip alla i dagens samhälle i någon bemärkelse.

För att finna inspiration till vad vi skulle behandla i denna uppsats genomfördes sökningar på bland annat "Google Scholar" men även andra sökmotorer på internet användes. Sökord var då: *Sjukvård, Vårdval, Ekonomistyrning, Budgetering, Vård, Belönningssystem*. Valet föll tillslut på styrning av vårdcentraler efter att vi funnit Sveriges Radio P4:s inslag från vårdcentralen Måsen.

Att uppsatsen behandlar styrning har sin grund i vår nyfikenhet för hur olika delar av organisationer samarbetar och samspelar med varandra i de komplexa miljöer som dagens samhälle innebär. Vi har valt att rikta in oss på offentligt drivna vårdcentraler, då vi fann det intressant hur styrning fungerar när enheten ej har något direkt krav att drivas med vinst.

### 2.2 Val av forskningsmetod

Vårt val av forskningsdesign blev en komparativ studie, en så kallad multipel fallstudiedesign enligt Bryman och Bell (2013). Idén med en multipel fallstudiedesign är att kunna genomföra en djupgående studie av flera olika fall och sedan jämföra dessa med varandra. Då ett fall enligt Bryman och Bell ofta undersöks på exempelvis en arbetsplats eller inom en organisation passar denna forskningsmetod bra för vår uppsats. Vi har valt att undersöka tre olika vårdcentraler och hur de tillämpar styrning, detta för att kunna ställa resultaten mot varandra och göra en jämförelse av likheter och olikheter. De tre olika vårdcentralerna är således tre olika arbetsplatser samtidigt som de verkar inom samma organisation. Detta val är gjort för att få en mer djupgående förståelse för hur styrning kan fungera vid olika enheter inom en organisation. Informationen som ligger till grund för jämförelsen av hur styrning fungerar på respektive enhet har baserats på utsagor från de olika verksamhetscheferna.

### 2.3 Val av vårdcentraler

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvården i Skåne. I regionen finns tolv förvaltningar (Region Skåne, 2016b). En av dessa är Skånes universitetssjukvård som "[...] ansvarar för Skånes universitetssjukhus och primärvård i sydvästra Skåne" (Region Skåne, 2015d). Förvaltningen består i sin tur av fem divisioner. I denna studie riktas fokus mot division fem, som till största delen består av vårdcentraler i sydvästra Skåne (Region Skåne, 2017, se bilaga 1).

Efter att vi beslutat oss för att genomföra en komparativ studie fördes diskussioner kring vilka och hur många vårdcentraler som skulle studeras. Vi kom då fram till att vår studie skulle innehålla en jämförelse mellan tre vårdcentraler, en önskan som inte var helt lätt att uppfylla. För att få kontakt med vårdcentralerna började vi med att ringa till ett flertal. Dessvärre var det svårt att få kontakt med ansvarig verksamhetschef på detta sätt, varför vi fortsatte med att maila ut en förfrågan om att delta i vår undersökning. Vi fick ett flertal nekande svar som motiverades av tidsbrist, men vi lyckades likväl planera in tre intervjuer på tre olika vårdcentraler. Tyvärr ställdes en av dessa in i sista stund på grund av sjukdom och det fanns inte möjlighet att boka in en ny tid. För att gardera oss emot fler avhopp och för att hitta minst en ny vårdcentral som ville medverka besökte vi till sist vårdcentralerna

personligen. Efter att ha besökt åtta vårdcentraler, där vi lämnade våra telefonnummer alternativt fick direktnummer till verksamhetscheferna, lyckades vi boka möten på ytterligare två vårdcentraler. Eftersom ett av dessa möten också ställdes in på grund av sjukdom innefattar denna studie en jämförelse mellan tre vårdcentraler. För att hålla dem anonyma har de i studien benämnts som "vårdcentral" följt av siffrorna 1, 2 eller 3.

	Antal listade individer	Antal anställda	Ekonomisk situation (över- eller underskott i budgeten för 2016)
<b>Vårdcentral 1</b>	cirka 8700	27	överskott
<b>Vårdcentral 2</b>	cirka 14500	50	underskott
<b>Vårdcentral 3</b>	cirka 7400	29	underskott

Tabell 1. Presentation av studiens vårdcentraler

## 2.4 Val av respondenter

Enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska det inom all hälso- och sjukvård finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten. För att uppfylla uppsatsens syfte och fördjupa oss i hur vårdcentraler tillämpar styrning valde vi därför att ta kontakt med och intervjua verksamhetschefen på de olika vårdcentralerna. Till en början hade vi även en önskan om att intervjua andra yrkeskategorier på vårdcentralerna, för att på så sätt belysa styrningen utifrån flera perspektiv. Redan under vår första intervju med en verksamhetschef informerades vi dock om att detta skulle bli svårt, eftersom bemanningen på vårdcentralerna var ansträngd och semestertider var nära förestående, vilket innebar att många arbetsuppgifter skulle hinna slutföras innan dess. Eftersom tiden var begränsad beslutade vi oss därefter för att endast intervjua verksamhetscheferna på vårdcentralerna. Under vår första intervju fick vi också veta att de vårdcentraler som tillhör division fem använder sig av ett balanserat styrkort som fastställs av divisionsledningen. För att få tillgång till det balanserade styrkortet samt få ytterligare information kring det, kontaktade vi divisionschef Karin Träff Nordström per mail. Verksamhetscheferna i studien har hållits anonyma och har därför namngetts med sin befattning följt av en siffra för att särskilja dem åt.

	Anställningstid för nuvarande befattning	Utbildning
Verksamhetschef 1	2,5 år	Sjuksköterska
Verksamhetschef 2	1,5 år	Statsvetare
Verksamhetschef 3	5 år	Sjuksköterska

Tabell 2. Presentation av studiens respondenter (verksamhetscheferna)

## 2.5 Datainsamlingsmetod

För att på ett framgångsrikt sätt samla information om styrning på vårdcentraler, valde vi att genomföra intervjuer med verksamhetschefer på ett par vårdcentraler inom division 5. Vår primärdata utgörs således av intervjuer. Samtliga intervjuer var kvalitativa. Bryman och Bell (2013) presenterar olika sätt att strukturera kvalitativa intervjuer. Vi valde att utforma semistrukturerade intervjuer, vilka karaktäriseras av att de som utför intervjun i förväg har utformat en intervjuguide. I enlighet med Bryman och Bell använde vi oss av en intervjumall som vi uppdaterade under arbetets gång (se bilaga 2 och 3). Varje intervju tog ungefär en timme. Vi valde att fråga intervjuobjekten om tillåtelse att spela in intervjuerna, och erbjöd anonymitet. Efter intervjuerna transkriberades de och skickades till intervjuobjekten, och vi gav dem således möjlighet att i efterhand stryka information.

Vi använde oss inte enbart av primärdata, utan kompletterade dessutom med sekundärdata. Den sekundärdata vi använt oss av består av böcker, rapporter, utlåtanden från myndigheter (lagar) och internetkällor. En stor del av informationen vi använt oss av har vi hämtat från Region Skånes hemsida, samt tillhandahållit direkt av divisionchefen för division 5. Vi använde oss av sökmotorerna LUBsearch och Google Scholar för att hitta relevant information. Vi använde oss även av LUPsearch och fann publikationer av bland annat Anell och Glenngård, vilka vi hade stor användning av i kapitlet om ersättningsmodeller.

## 2.6 Val av referensram

Den teoretiska referensramen baseras på fyra olika typer av styrning som Merchant och Van der Stede (2007) presenterar. En uppdelning görs således i resultatstyrning, handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning. Teorivalet motiverades främst utifrån dess förmåga att se styrning utifrån flera perspektiv, vilket gjorde det möjligt för oss att få en helhetsbild av vårdcentralernas styrning. De olika styrtyperna användes som underlag vid insamling av det empiriska materialet, vilket innebar att intervjufrågor till respondenter på vårdcentralerna baserades och strukturerades utifrån dessa. Styrtyperna har även kompletterats med teori om flerdimensionell styrning för att bättre avspegla och analysera den information som framfördes under intervjuer. Den teoretiska referensramen användes sedermera som verktyg för analys, vilket möjliggjorde att studiens problemformulering kunde besvaras.

Vi har även valt att placera ett kapitel som rubriceras "Styrmedel i vården" mellan den teoretiska referensramen och empirin. Detta har gjorts eftersom vi ser dess innehåll som en blandning av teori och empiri. Hela avsnittet kommer således att både ligga till grund men även användas som ett verktyg

i analysen. Kapitlet innehåller ett urval av de krav och riktlinjer som är gemensamma och påverkar styrningen för alla vårdcentraler inom Region Skåne. Det innehåller även en beskrivning av ersättningsmodeller i primärvården i allmänhet och mer specifikt kring Region Skånes system. Vidare presenteras en kartläggning av kända effekter som kan uppstå med ersättningsmodellerna. Denna del baseras på två rapporter av Lindgren (2014) och Anell (2010) som undersökt teoretiska effekter (effekter som i teorin skulle kunna uppstå) och empiriska effekter (effekter som påvisats av tidigare genomförda studier). Ett urval har gjorts baserat på de effekter som är väsentliga utifrån vårdcentralers perspektiv, vilket innebär att effekter som avser finansärer (landsting/regioner) exempelvis inte tagits med.

### 3. Teoretisk referensram

Merchant och Van der Stede (2007) presenterar fyra olika typer av styrning, som i varierande utsträckning finns i de flesta organisationer. Resultatstyrning, handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning är typerna som presenteras.

#### 3.1 Resultatstyrning

Resultatstyrning används vanligtvis som ett sätt att kontrollera anställdas beteenden, och i sin tur utfallen av de anställdas handlingar (Merchant & Van der Stede, 2007). Inom resultatstyrning används ofta begreppet Pay for performance, vilket innebär betalning för prestation. Betalning för prestation används för att göra de anställda medvetna om konsekvenserna av sina handlingar, och på så vis kunna påverka deras beteenden. Genom att tillämpa resultatstyrning skapas meritokratier, inom vilka belöningar ges till dem som arbetar hårdast och har mest talang. I organisationer används resultatstyrning förebyggande för att lösa olika typer av styrproblem. När de anställda vet vilka resultat de ska sträva efter, undviks situationer där anställda är förvirrade och inte vet hur de ska agera. De anställda blir också uppmuntrade till att nå resultatet (Merchant & Van der Stede, 2007).

Resultatstyrning är mest effektivt på anställda med stor påverkan på beslutsfattning. Det är också särskilt effektivt för motivationsproblem. Trots att inte chefer pekar med hela handen eller övervakar de anställda, vet de anställda vad som krävs för att maximera sina chanser att uppnå önskade resultat. Att använda resultatstyrning är också ett verktyg för att lyckas attrahera anställda med hög kompetens och bra självförtroende (Merchant & Van der Stede, 2007).

Merchant och Van der Stede (2007) presenterar fyra steg som krävs för att lyckas implementera resultatstyrning. I det första steget definieras vilka dimensioner av resultat som företaget vill uppnå, alternativt som de inte vill uppnå. Författarna nämner lönsamhet och kundnöjdhet som exempel på resultatdimensioner. Det är viktigt att resultatdimensionerna definieras på ett sätt som överensstämmer med företagets strategi. Ifall det inte överensstämmer med strategin finns risken att resultatstyrningen faktiskt uppmuntrar de anställda till att göra fel saker. För att resultatstyrningen ska fungera är det viktigt att prestationerna mäts, vilket är precis vad som sker i det andra steget. Det är lättare att mäta finansiella prestationer, än att mäta något som kräver subjektiva bedömningar. Författarna nämner exempelvis att vara en teamplayer som något som kräver en subjektiv bedömning, och således är svårt att mäta. Hur prestationerna mäts skiljer sig ofta åt på organisationens olika nivåer, det är vanligare med finansiella mått på högre nivå än på lägre nivå. I det tredje steget skapas prestationsmål som de anställda kan sträva efter. Dessa prestationsmål påverkar beteenden på två sätt. För det första ökar de anställdas motivation när de har tydliga mål att sträva efter. Dessutom tillåter prestationsmålen att de anställda tolkar sin egen prestation. Att kunna tolka sin egen prestation är en förutsättning för att kunna bemöta den återkoppling som cheferna ger. Det fjärde steget innebär att tillhandahålla belöningar, för att uppmuntra anställdas beteenden som lett till eftersträvat resultat. Belöningarna kan bestå av vad som helst som de anställda värderar, exempelvis löneförhöjningar, bonusar eller befordringar. Organisationen kan också använda sig av bestraffningar, vilket blir som ett "anti-incitament". Precis som med belöningarna, kan det vara precis vad som helst som de anställda ogillar (Merchant & Van der Stede, 2007).

Trots att resultatstyrning är en erkänd styrmetod fungerar det inte alltid effektivt. För att lyckas så bra som möjligt krävs att tre förutsättningar är uppfyllda. För det första är det viktigt att organisationen kan bestämma vilka resultat som är önskade. Det är också viktigt att beteendena hos de anställda som blir styrda har en signifikant påverkan på resultatet. Slutligen är det viktigt att organisationen kan mäta resultaten effektivt. Författarna nämner att resultatmått ska vara; precisa, objektiva, lägliga och förståeliga (Merchant & Van der Stede, 2007).

### **3.1.1 Flerdimensionell styrning**

Historiskt sett är styrning i stor utsträckning förknippat med finansiella mått. Dagens komplexa marknadssituation har dock gjort att intresset för icke-finansiella faktorer ökat (Ax, Johansson & Kullvén, 2009). Inom landstingen har flerdimensionell styrning fått en stor roll under de senaste 10-15 åren (Knutsson, 2010).

En variant av flerdimensionell styrning är det balanserade styrkortet vars idé föddes i Amerika under 1990-talet som en reaktion på den ständiga marknadsutvecklingen. I takt med att utvecklingen gick framåt var de dåvarande prestationsmätningssystemen, som framförallt fokuserade på finansiella mått, inte tillräckliga (Ax, Johansson & Kullvén, 2009). Många organisationer befann sig i en tid av förändring, industrialisering ersattes i stor utsträckning av information. Istället för att konkurrera med stordriftsfördelar som under industrialiseringen, gjorde informationseran att enbart den senaste tekniken inte räckte för att konkurrera på marknaden (Kaplan & Norton, 1996). Ett komplett styrkort presenterades slutligen av Kaplan och Norton (1996), som menade att styrkortet hjälper chefer att navigera mot framgång.

Eftersom marknaden idag är så pass komplex är det viktigt att alla förstår organisationens mål, samt hur de ska gå tillväga för att lyckas uppnå målen. Det balanserade styrkortet fokuserar inte enbart på gamla prestationer, det vill säga finansiella mått, utan också på vad som driver företaget framåt mot nya prestationer. Styrkortets kännetecken är alltså att kombinera finansiella och icke-finansiella mått, men företagets strategi och vision och hur dessa kommuniceras spelar också stor roll för utformningen av styrkortet (Ax, Johansson & Kullvén, 2009). Vid introduktionen av styrkortet innehöll det fyra perspektiv; det finansiella perspektivet, kundperspektivet, det interna processperspektivet och lärande-och tillväxtperspektivet. Inom det finansiella perspektivet syns hur företagets strategi lyckats i finansiella termer. Inom kundperspektivet finner vi vad företagets kunder erbjuds, både i termer av varor och tjänster. Det interna processperspektivet är beroende av de två tidigare perspektiven, och kan beskrivas som vilka processer som är viktiga för att målen i det finansiella och kundperspektivet ska kunna uppfyllas. Inom lärande och tillväxtperspektivet är företagets immateriella tillgångar i fokus (Ax, Johansson & Kullvén, 2009).

### **3.2 Handlingsstyrning**

En annan typ av styrning som Merchant och Van der Stede (2007) presenterar är handlingsstyrning. Denna styrning innebär att organisationen ser till att anställda utför handlingar som är önskvärda. Således är handlingsstyrning endast effektiv när chefer vet vilka handlingar som är önskvärda/inte önskvärda samt har en möjlighet att se till att de handlingarna inträffar/inte inträffar.

Handlingsstyrningen delas in i fyra former: beteenderestriktioner, förebyggande granskning, ansvarsskyldighet för handlingar och övertalighet. Beteenderestriktioner är en negativ styrningsform, och gör det omöjligt (eller svårt) för anställda att göra det som inte får göras. Exempelvis lösenord till



datorer, och låsta dörrar. Förebyggande granskning inkluderar den granskning av handlingsplaner som görs av anställda. Exempelvis blir budgetar granskade och reviderade på många olika nivåer (Merchant & Van der Stede, 2007).

Ansvarsskyldighet för handlingar innebär precis som det låter, att de anställda blir ansvariga för de handlingar de utför. För att lyckas implementera den styrformen krävs för det första att definiera vilka handlingar som är accepterade och icke-accepterade. Det krävs också att de definitionerna kommuniceras till de anställda. De anställdas handlingar måste också observeras, eller spåras hur de utförs. Slutligen krävs att bra handlingar belönas eller att handlingar som inte är accepterade straffas (Merchant & Van der Stede, 2007).

Merchant och Van der Stede beskriver att handlingarna som de anställda blir ansvariga för kan bli kommunicerade på två olika sätt, antingen administrativt eller socialt. Administrativa typer av kommunikation inkluderar användning av regler, riktlinjer och rutiner, bestämmelser och företagets uppförandekod. Författarna nämner särskilt att sjuksköterskor använder checklistor inför operationer för att försäkra sig om att de förberett patienten ordentligt. Checklisten påminner dem att fråga om patienten har några allergier, vilka mediciner de tar och när de sist åt. De önskade handlingarna behöver dock inte kommuniceras skriftligt. De kan också kommuniceras ansikte mot ansikte på möten eller i mer privata sammanhang. Det behöver faktiskt inte heller vara så att de önskade handlingarna kommuniceras utåt överhuvudtaget. I flera fall bedöms de anställda kunna göra en professionell bedömning (Merchant & Van der Stede, 2007).

Författarna poängterar att handlingsstyrning är mest effektiv om de önskade handlingarna kommuniceras väl, men att enbart kommunikation inte är tillräckligt. De anställda måste förstå vad som krävs av dem och känna sig säkra på att deras handlingar kommer att noteras, samt belönade eller bestraffade. För att spåra handlingar finns ett flertal tillvägagångssätt. De anställdas handlingar kan bli observerade direkt och kontinuerligt genom direkt övervakning. De kan också bli observerade periodvis, exempelvis använder sig affärer av "mystery shoppers" som i smyg bedömer servicen som tillhandahålls. Handlingarna kan dessutom spåras genom direkta bevis, exempelvis aktivitetsrapporter eller kostnadsdokumentation. Handlingsstyrning implementeras ofta med negativ förstärkning, vilket innebär att handlingarna som definieras ofta är mer kopplade till straff än till belöningar.

Övertalighet innebär att ha flera anställda (alternativt maskiner) till en uppgift, än vad som egentligen behövs. Det blir en styrtyp eftersom det ökar chansen att uppgiften kommer att slutföras framgångsrikt.

### **3.3 Personalstyrning**

Merchant och Van der Stede (2007) beskriver att personalstyrning bygger på organisationens anställdas naturliga strävan efter att kontrollera och motivera sig själva. Författarna nämner tre grundläggande syften med personalstyrning. Det första syftet är att tydliggöra vilka förväntningar som finns på den anställde. Dessutom säkerställs att varje anställd har möjlighet att utföra sitt jobb på ett bra sätt, vilket inte enbart inkluderar erfarenhet och kompetens hos den anställde utan också resurser som finns tillgängliga. Slutligen är ett syfte att öka sannolikheten för att varje anställd engagerar sig i självövervakning. Självövervakning är en naturlig motivation inom människan, en motivation som pushar de anställda till att utföra ett bra jobb och bidra till att uppfylla organisationens mål.

Personalstyrning implementeras inte av sig själv, utan Merchant och Van der Stede presenterar tre metoder för att lyckas. Den första metoden som presenteras är urvalet av anställda. Genom att hitta rätt anställda och skapa en bra arbetsmiljö för dem, ökar chanserna för att jobbet utförs på ett bra sätt. Många organisationer lägger ner mycket tid på att rekrytera rätt människor, med egenskaper som passar tjänsten. Författarna nämner också utbildning som ett sätt att implementera personalstyrning. Utbildning, eller upplärning, är ett sätt att försäkra sig om att de anställda gör ett bra jobb. Det kan ske både genom formella utbildningsprogram, men också genom att erfarna anställda inom organisationen tar på sig en roll som lärare och lär upp andra anställda. Slutligen finns en metod som benämns som jobbdesign, vilket innebär att skapa förutsättningar för de anställda. Den går ut på att säkerställa att arbetet är designat för att låta motiverad och kvalificerad personal få en stor chans att lyckas. Det kan exempelvis innebära att en anställd får tillgång till en viss resurs som denne efterfrågar (Merchant & Van der Stede, 2007).

### **3. 4 Kulturstyrning**

Den sista typen av styrning som presenteras av Merchant och Van der Stede är kulturstyrning. Kulturstyrning är skapad för att uppmuntra ömsesidig övervakning. Den gemensamma övervakningen liknas vid ett starkt grupstryck på individer som avviker från organisationens normer och värderingar. Kulturer bygger på delade traditioner, normer, värderingar, tro, ideologier, attityder och beteenden. En organisationskultur tenderar att vara stabil över tid, trots att mål och strategier kontinuerligt ändras. Normerna som finns inom kulturen är inbäddade i skrivna och oskrivna regler som styr beteendena hos de anställda (Merchant & Van der Stede, 2007).

Chefer skapar organisationskulturer på flera sätt, både nedskrivet och genom exempel. Merchant och Van der Stede nämner uppförandekoder och gruppbelöningar som de viktigaste metoderna att använda för att skapa en kultur. En uppförandekod är formella nedskrivna dokument som tillhandahåller information om bland annat företagets vision och filosofi. Den är skriven så att anställda ska förstå vilka beteenden som förväntas av dem, trots att det inte finns någon specifik regel (Merchant & Van der Stede, 2007).

## **4. Styrmedel inom vården**

Den hierarkiskt högsta politiska organisationen i Skåne är Region Skåne som är ansvariga för hälso- och sjukvården (Region Skåne, 2015c). Regionen är indelad i tolv förvaltningar som har till uppgift att bereda material till politiska beslut men även att verkställa besluten (Region Skåne, 2016b). En av förvaltningarna är Skånes universitetssjukvård som "[...] ansvarar för Skånes universitetssjukhus och primärvård i sydvästra Skåne" (Region Skåne, 2015d). Förvaltningen består i sin tur av fem divisioner. Division fem består till största del av vårdcentraler i sydvästra Skåne (Region Skåne, 2017, se bilaga 1).

Region Skåne har ett ansvar för att alla som bor i Skåne ska ha tillgång till vård. För att möjliggöra detta måste Region Skåne ställa krav på sina vårdgivare. De krav som utformas följs sedan upp och kopplas till ersättning som betalas ut till vårdgivarna (Riksrevisionen, 2014).

### **4.1 Krav för att få verka som vårdcentral i Region Skåne**

Införandet av lag om valfrihetssystem (SFS 2008:962) år 2010 ledde till att Region Skåne har beslutat om valfrihetssystem inom flera vårdområden, däribland primärvården. Det innebär att varje enskild medborgare numera kan välja vilken leverantör som ska få utföra vården. En förutsättning för lagen är att det inte finns någon priskonkurrens mellan leverantörerna, och således baseras medborgarnas val inte på pris utan på exempelvis upplevd kvalitet. Leverantörerna ges frihet att forma vården utifrån egna preferenser, dock ska de krav och ackrediteringsvillkor som Region Skåne ställer uppfyllas. Alla medborgare som är folkbokförda i Skåne har rätt att lista sig vid valfri vårdcentral. Vårdcentralen kan inte hindra någon från att lista sig, om inte särskilda skäl föreligger (Region Skåne, 2015a). Vårdvalet som införandet av lagen om valfrihetssystem gav upphov till har därför förändrat styrningen för vårdcentraler. Landstingen kontrollerar nu primärvården genom att sätta marknadens spelregler, de bestämmer till exempel vad som ingår i ersättningsystemen. Landstingen styrs i sin tur av Sveriges riksdag och regering. Riksdag och regering har beslutat om att det, för att kontroll skall kunna ske effektivt på en vårdcentral, är viktigt med tydlig ledning. Det krävs därför att en vårdcentral har en verksamhetschef som ansvarar för enheten, även om krav på att denne har medicinsk kompetens ej ställs (Riksrevisionen, 2014).

### **4.2 Region Skånes värdegrund**

Alla enheter som ingår i Region Skåne arbetar utifrån en gemensam värdegrund. De värderingar som ligger till grund för arbetet är; välkomnande, drivande, omtanke och respekt (Region Skåne, 2016d). Värdegrunden får genomslag i arbetet genom en vision om att medarbetare inom Region Skåne skall möta andra som de själva vill bli bemötta, tar för sig och strävar efter att driva organisationen framåt samt samexisterar och visar hänsyn till omvärlden och dess individer (Region Skåne, 2015a).

### **4.3 Krav för att få arbeta på en vårdcentral**

De yrkeskategorier som vanligen finns representerade på en vårdcentral är allmänläkare, det vill säga en läkare som är specialist i allmänmedicin, specialistutbildad sjuksköterska i form av distriktssköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och kurator/psykolog (Axelsson, 2016). För att få lov att arbeta i vården krävs det legitimation för ett flertal yrken. Av de nyss uppräknade gäller detta för alla utom undersköterska och kurator (Socialstyrelsen, u.å.b). I Sverige är det socialstyrelsen som har till uppgift att pröva och utfärda legitimationer (Socialstyrelsen, u.å.a).

Att utföra ett arbete som kräver legitimation ställer vissa krav på utövaren. Bland annat skall denne självständigt utföra kvalificerade arbetsuppgifter inom sitt yrke, ha särskilt ansvar för patientsäkerhet och riskerar även att förlora sin legitimation om personen i fråga ej utför sitt yrke korrekt (Socialstyrelsen, u.å.b). Det framgår av Region Skånes ackrediteringsvillkor att en vårdcentral, för att uppfylla ackrediteringsvillkoren, måste tillhandahålla personal med kompetens samt legitimation för yrken där legitimation behövs (Region Skåne, 2015a).

#### **4.4 Ersättningsmodeller i primärvården**

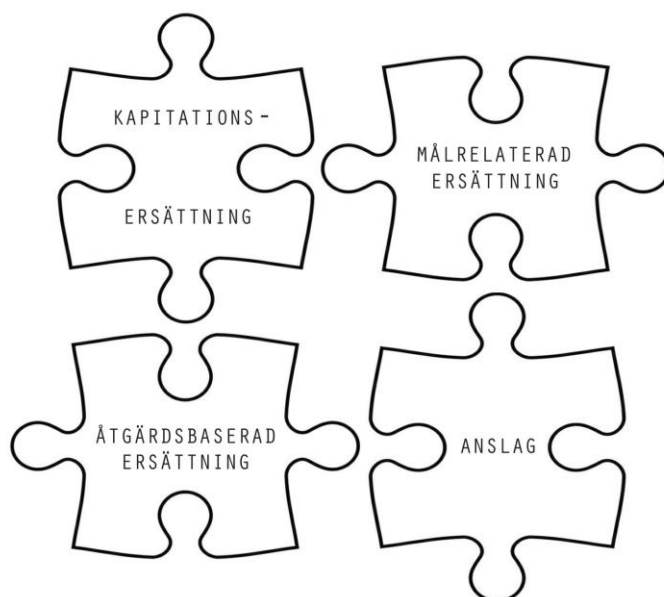
Inom hälso- och sjukvården påverkas styrningen till stor del av de ersättningsmodeller som används i landstingen och regionerna. Lindgren (2014) menar att vårdens effektivitet, kvalitet och organisationssätt präglas av de olika modellerna och att dess utformning bidrar till olika incitament och ageranden i verksamheterna. I Sverige har landstingen till uppgift att bestämma hur vårdgivare ska få betalt för den vård de utför, vilket innebär att ersättningsmodellerna skiljer sig åt. Ersättningen fastställs antingen prospektivt, det vill säga i förskott, eller retrospektivt och därmed i efterskott (Lindgren, 2014).

Lindgrens (2014) kartläggning av primärvårdens ersättningsmodeller som användes under 2013 visar att alla landsting använde sig av kapitation, en modell som på olika sätt kombinerades med åtgärdsbaserad ersättning, anslag och målrelaterad ersättning. Detta innebär att vårdgivare tilldelas ersättning bestående av olika delar, där en del utgörs av kapitationsersättning. Det är en fast ersättning som vanligtvis baseras på antalet listade individer (Lindgren 2014). Denna fasta ersättning per listad individ justeras i varierad omfattning med hänsyn till vårdtyngd, vilken baseras på individernas ålder och/eller en diagnosklassificering enligt måttet Adjusted Clinical Groups (ACG) (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012). ACG mäter vilket förväntat behov av primärvård patienter har. Patientens ålder, kön och alla diagnoser denne fått under en tidsperiod ligger till grund för beräkningen. Hur tungt olika diagnoser väger i beräkningen beror på varaktighet, svårighetsgrad och sjukdomsorsak (Glenngård, 2015). Andra förhållanden som beaktas vid beräkningen av den fasta ersättningen är de listade personernas socioekonomiska förutsättningar, vårdenheternas lokalisering och täckningsgrad. De socioekonomiska förutsättningarna mäts bland annat med hjälp av Care Need Index (CNI), ett index som väger in socioekonomiska faktorer som exempelvis arbetslöshet, utbildningsnivå och andel födda utanför EU för att beakta risken för ohälsa (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012). "Med täckningsgrad avses i princip hur stor andel av de listades totala öppenvårdsbesök som genomförs vid vårdenheter inom primärvården" (Anell, 2010, s.74).

En annan del av ersättningen är den åtgärdsbaserade ersättningen. Det är en rörlig ersättning som är kopplad till olika åtgärder och aktiviteter såsom diagnostiska tester, besök av listade patienter alternativt icke-listade patienter samt vilken yrkeskategori patienten besöker. Anslag består istället av en fast ersättning som ska finansiera särskilda uppdrag inom primärvården. Det kan till exempel avse utbildning eller olika åtaganden i glesbygden (Lindgren, 2014).

Målrelaterad ersättning, även kallad pay for performance, är en annan del av vårdgivarnas totala ersättning som knyts till måluppfyllelse (Lindgren, 2014). Lindgrens (2014) studie visar att landstingen använder sig av olika antal mål och storlek på denna ersättning, men även att dess konstruktion skiljer sig åt. Ett sätt är att premiera måluppfyllelse med belöningar i form av bonus. Om målen inte uppfylls är en annan variant att använda viten, vilket innebär ett avdrag på ersättningen.

Majoriteten av Sveriges vårdcentraler ersätts till huvudsak genom fast ersättning per listad individ. Denna kapitationsersättning står för mellan 70 och 90 procent (Sveriges Kommuner och Landsting, u.å.a).



Figur 1. Egen illustration av ersättningsmodeller i primärvården. Den totala ersättningen kan liknas vid ett pussel där antalet bitar, bitarnas storlek och kombinationen av bitar skiljer sig åt mellan de olika landstingen.

#### 4.5 Region Skånes ersättningsmodell

Av förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2016 framgår att ersättningsmodellen i Hälsoval Skåne består av olika delar. Vårdcentralerna ersätts månadsvis i efterskott av Region Skåne (Region Skåne, 2015a). I detta avsnitt redogörs för ett axplock av olika delar som hör till respektive ersättningsform.

##### *Kapitationsersättning*

För varje listad patient får vårdcentralen en fast ersättning. Ersättningen är viktad och baseras till 80 procent utifrån vårdbehov (ACG), och de övriga 20 procenten utifrån ohälsa som är relaterad till socioekonomiska variabler (CNI). Dessutom får vårdcentralerna ytterligare tillägg eller avdrag till sin vårdersättning beroende på vilken täckningsgrad de uppnår. Med täckningsgrad menas hur många procent av de listade individernas besök inom öppenvården som sker på primärvårdsnivå. En täckningsgrad över 63 procent innebär ett tillägg till ersättningen medan en täckningsgrad under 63 procent ger ett avdrag från ersättningen.

Vårdcentralerna får dessutom en särskild läkemedlersättning för varje listad individ. Denna viktas också till 80 procent utifrån ACG och 20 procent utifrån CNI.

### *Målrelaterad ersättning*

Vårdcentralerna får även en målrelaterad ersättning baserat på hur väl de uppfyller sina mål. Ersättningen beror också på antal listade individer samt hur länge vårdcentralen haft avtal med Region Skåne och således uppfyllt ackrediteringsvillkoren. Exempel på variabler som påverkar den målrelaterade ersättningen är:

Antibiotiketryck; vilket innebär hur mycket antibiotika som skrivs ut på vårdcentralen. Om antibiotiketrycket ligger under 330 recept per 1000 förtecknade utgår ersättning.

Fortbildning; Det finns ett visst antal utbildningar som blivit godkända av Region Skåne, och ersättning utgår för varje halvdag. Dock är maxgränsen två heldagar per utbildning.

Kontinuitet; Det görs en undersökning av de patienter som besökt läkare på vårdcentralen minst tre gånger under året, om de fått träffa samma läkare mer än hälften av gångerna utgår ersättning.

Telefontillgänglighet; Inom kategorin finns två olika målnivåer. Målnivå 1 är andel patienter som får kontakt med legitimerad personal inom två timmar, där är målnivån 90%. Målnivå 2 är andel patienter som får kontakt med legitimerad personal inom 15 minuter, där är målnivån också 90%. Om vårdcentralerna inte klarar nivå 1 får de ett avdrag i den ekonomiska ersättningen i proportion till antal förtecknade. De vårdcentraler som uppnår nivå 2 får ersättning.

### *Åtgärdsbaserad ersättning*

Inom Region Skåne ges ingen rörlig ersättning relaterad till listade individers besöksfrekvens vid vårdcentraler. En rörlig ersättning ges däremot för patienter listade vid annan vårdcentral än den vårdcentral patienten söker vård vid. Ersättningen uppgår till samma belopp oavsett vilken yrkeskategori som besöks.

Exempel på förehavanden som ligger till grund för ytterligare rörlig ersättning är ersättning för hembesök av läkare. Ersättning för hembesök varierar i olika utsträckning beroende på om besöket är planerat eller ej, samt huruvida det klassas som akut/prioriterat eller ej. Ytterligare ett exempel på när rörlig ersättning används är vid SIP, det vill säga vid samordnade individuella planer<sup>3</sup>.

### *Anslag*

Om vårdcentralen väljer att utöka sin verksamhet genom certifierade diabetes och astma/KOL-mottagningar utgår årlig ersättning från uppdragsgivaren.

### *Separat ersättning*

Vårdcentralerna får en separat ersättning om de tar emot ST-läkare inom allmänmedicin.

---

<sup>3</sup> Av Hälso- och Sjukvårdslagen 3 f § (SFS 1982:763) framgår att en SIP upprättas tillsammans med patienten när denne behöver insatser från både socialtjänst och hälso-och sjukvård.

## 4.6 Effekter av ersättningsmodellerna

Då ersättningssystemen inom den svenska sjuk- och hälsovården är en viktig komponent i dess styrning har frågan om dess effekter studerats av ett flertal forskare. Lindgren (2014) menar på att oavsett hur ett ersättningssystem är utformat kommer detta att resultera i varierande effekter. Genom sin rapport om ersättning i sjukvården har han redogjort för kända positiva och negativa effekter som kan uppstå med dagens ersättningsmodeller, däribland kapitationsersättning, anslag, målrelaterad ersättning samt åtgärdsbaserad ersättning. Anell (2010) har också undersökt effekterna av ersättningssystemen inom sjukvården, men med utgångspunkt från hur ersättningen är utformad. En avgränsning mellan olika dimensioner görs i Anells studie beroende på om ersättningen betalas ut prospektivt eller retrospektivt, samt om ersättningen är fast eller rörlig. Båda författarna gör en undersökning av befintlig litteratur för att undersöka teoretiska (effekter som i teorin skulle kunna uppstå) likväl som empiriska effekter (effekter som påvisats av tidigare genomförda studier). Denna uppsats behandlar båda delar men gör ingen särskiljning utan utgår kort och gott från effekter som samlingsbegrepp.

### 4.6.1 Dimensioner, incitament och effekter

Anell (2010) beskriver två olika dimensioner i sin studie. Dimensionerna beskriver ersättningen utifrån om den är rörlig eller fast, respektive om den betalas ut prospektivt eller retrospektivt. Dimensionen rörlig – fast klargör hur ersättningen beror på mängden vård som utförs. Är ersättningen rörlig samvarierar den tillsammans med vårdmängden medan en fast ersättning är oberoende av mängden utförd vård. Dimensionen för hur ersättningen betalas ut, det vill säga prospektiv – retrospektiv, härrör till om ersättningen betalas ut och bestäms innan eller efter vårdtjänsten har utförts. Bestäms ersättningen innan vårdtjänstens början kallas den prospektiv, bestäms ersättningen efteråt kallas den retrospektiv. Beroende på sammansättningen av dimensioner i en ersättningsmodell uppstår olika ekonomiska incitament, med andra ord uppstår en effekt av ersättningsmodellen.

Då vårdgivarna inom den svenska primärvården skiljer sig åt i flera avseenden kan detta resultera i olika ekonomiska incitament, inte bara beroende på hur ersättningsmodellerna är sammankopplade med de olika dimensionerna, utan också beroende på hur vårdenheten finansieras. En vårdcentral kan exempelvis drivas både i offentlig och privat regi.

Offentliga aktörer har mjukare budgetrestriktioner än privata, eftersom man kan förvänta sig att den offentliga ägaren täcker upp om budgetunderskott uppstår. Eventuella överskott i form av ökade intäkter går också tillbaka till det offentliga. Ett rimligt antagande är därför att de svarar svagare på ekonomiska incitament än privata aktörer, oavsett om de senare drivs med vinstsyfte eller inte (Lindgren, 2014, s.42).

Detta kan jämföras med Anell (2010) som menar att en viktig beståndsdel vid utformning av en ersättningsprincip är fördelningen av finansiell risk mellan finansiär och utförare.

	Kapitationsersättning och Anslag	Åtgärdsbaserad ersättning	Målrelaterad ersättning
Anell (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Underbehandlingar</li> <li>- Sämre vårdkvalitet</li> <li>- Dyrt och resurskrävande att motverka de negativa effekterna</li> <li>- Patientselektion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Incitament att utföra stor mängd vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Undanträngningseffekt</li> <li>+ Bättre vårdkvalitet</li> </ul>
Lindgren (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Låg produktivitet</li> <li>- Sämre vårdkvalitet</li> <li>- Övervältringar</li> <li>- Patientselektion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Överutnyttjande av resurser</li> <li>- Risk för manipulation</li> <li>+ Hög vårdproduktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientselektion</li> <li>- Risk för manipulation</li> <li>+ Bättre vårdkvalitet</li> </ul>

Tabell 3. Sammanställning av effekter

#### 4.6.2 Kapitationsersättning och anslag

Vid en fast och prospektiv ersättningsmodell, vilket både kapitationsersättning samt anslag utgör former av, menar Anell (2010) att den finansiella risk som finns helt tillfaller vårdgivarna. Risken tillfaller vårdgivaren på grund av att ersättningen inte justeras beroende på volymen vård. Vårdgivaren har åtagit sig ett uppdrag som denne får fast ersättning för, skulle sedan patienternas behov utgöra en större kostnad än ersättningen vårdgivaren får utbetald hamnar denna kostnad helt och hållet på vårdgivaren. Anell (2010) påvisar även att fast ersättning kan ge en negativ effekt i form av underbehandling då vårdgivaren ej kostnadsfritt vill överstiga ersättningen, något som från patientens sida kan upplevas som sämre vårdkvalitet. "Det kan handla om att inte genomföra de återbesök som behövs eller inte använda de läkemedel eller den diagnostik som är motiverad" (Anell, 2010, s.46). Med tillgång till information gällande kvalitet menar dock författaren att denna effekt kan undvikas. Tillgängligheten av information skulle innebära att patienten söker sig till en annan vårdgivare om denne upplever att vården ej lever upp till önskvärd standard.

Lindgren (2014) finner likt Anell att ersättningsmodellerna kapitering och anslag skulle kunna generera en negativ effekt i form av låg produktivitet. Den låga produktiviteten härrör från att ersättningen ej medför någon anledning för vårdgivaren att förbättra produktiviteten, tvärtom kan ersättningen minska i framtiden om produktiviteten förbättras då effektiviseringen i sådana fall kan tolkas som att samma volym vård kan utföras till likvärdig eller rent av lägre ersättning. Med låg produktivitet menas i detta fall att de utförda vårdaktiviteterna är få. Lindgrens studie visar också att låg produktivitet medför en risk för att patientens upplever försämrade kvalitet på vården.

Författaren menar även att anslag och kapitationsersättning kan medföra finansiella incitament att remittera patienter till andra vårdgivare, så kallade övervältringar. Kapitationsersättningen, som ökar ju fler individer som listar sig på vårdcentralen, kan även orsaka långa väntetider för svårbehandlade patienter medan de mer lättbehandlade patienterna prioriteras. Risker för detta förfarande minskar dock tack vare konkurrensen mellan vårdcentralerna, eftersom patienterna kan välja att lista sig någon annanstans om de inte är nöjda (Lindgren, 2014). Anell (2010) i sin tur påpekar även han konkurrensen mellan vårdcentralerna och menar att denna effekt inte nödvändigtvis är negativ för alla parter.



Genom konkurrensen tvingas vårdcentralerna vara mer lyhörda för patientens åsikter vilket gagnar patienten.

Vidare framgår av Anells (2010) litteraturstudie att en riskjustering av ersättningen är en lämplig företeelse på vårdcentralerna. Detta för att inte patienter som kräver mer vård än genomsnittet skall undvikas från vårdgivarnas sida. Genom att justera ersättningen utifrån exempelvis vårdtyngd (som tar hänsyn till patientens samtliga diagnoser) kan en mer rättvis fördelning av ersättning mellan olika vårdgivare uppnås. ACG används ofta för just denna typ av riskjustering (inom Region Skåne). En nackdel författaren ser med riskjustering är att dessa system kräver stora resurser för att få tillgång till data, dels i form av finansiella resurser för att utveckla systemen men kräver också resurser relaterat till administration då insamling av bland annat diagnoser krävs i en högre grad än om ACG ej tillämpas.

#### **4.6.3 Åtgärdsbaserad ersättning**

Dimensionskombinationen av rörlig och retrospektiv ersättning ger enligt Anell (2010) vårdgivarna drivkrafter till att utföra så mycket vård som möjligt. Den finansiella risken blir till största del lagd på finansierarna vid denna kombination vilket bidrar till denna effekt. Lindgren (2014) identifierar denna dimensionskombination av rörlig och retrospektiv ersättning som åtgärdsbaserad ersättning. Även han finner att denna ersättningsmodell bidrar till en hög produktion av vård. Det är lönsamt för vårdgivarna att utföra så många åtgärder och aktiviteter som möjligt. Detta kan dock även medföra att onödiga och överflödiga åtgärder, i form av exempelvis diagnostiska tester, genomförs och att resurser överutnyttjas.

Lindgren (2014) menar att den åtgärdsbaserade ersättningen, som utgår per besök, kan skapa incitament till att fakturera ett större antal besök än vad som är befogat. Eftersom besöksersättningen dessutom kan variera beroende på vilken yrkeskategori patienten besöker finns det också motiv till att registrera besöken på felaktiga yrkeskategorier.

#### **4.6.4 Målrelaterad ersättning**

Vid en målrelaterad ersättning, som baseras på måluppfyllelse, ser Lindgren (2014) en risk för att vårdgivare skulle kunna välja patienter som ökar möjligheterna till att uppfylla de framtagna målen för vårdenheten. Detta fenomen kallas för patientselektion. För att undvika denna effekt kan riskjustering appliceras, ett sätt att riskjustera kan vara att koppla samman och kombinera olika ersättnings typer. Anell (2010) finner ett liknande fenomen och kallar det för undanträngningseffekter, vilket innebär att en patient vars diagnos ej leder till måluppfyllelse (och därmed målrelaterad ersättning) väljs bort till förmån för en patient vars diagnos uppfyller målet. Anell (2010) belyser risken för att målrelaterad ersättning, använd på fel sätt, kan leda till undanträngningseffekter där patientens kvalitet blir lidande. Likväl kan en ersättning utformad genom måluppfyllelse, som i praktiken innebär att önskvärt resultat premieras och icke önskvärt resultat bestraffas, bidra till en förbättrad vårdkvalitet för patienten då det ger incitament för vårdutövaren att bli premierad och därför bedriva vård med hög kvalitet (Anell, 2010). Även Lindgren (2014) poängterar att den målrelaterade ersättningen används för att hantera effekten av försämrad vårdkvalitet som andra modeller kan generera genom att målen kopplas till kvalitet.

## 5. Empiri

### 5.1 Division 5:s balanserade styrkort

Genom mailkontakt med divisionschef Karin Träff Nordström (personlig kommunikation 2016-12-18) fick vi tillgång till 2016 års balanserade styrkort som gäller för vårdcentralerna i division 5 (se bilaga 4). Enligt Träff Nordström fastställs det balanserade styrkortet årligen av divisionsledningen, efter en dialog med verksamhetscheferna på vårdcentralen. Vårdcentralerna har möjlighet att prioritera vissa mål särskilt i styrkortet, likaså att lägga till lokala mål för sin egen vårdcentral. Träff Nordström förklarar att det framför allt är ackrediteringsvillkoren för Hälsoval Skåne och de indikatorer som följs upp i dessa som ligger till grund för utformningen av styrkortet. När ackrediteringsvillkoren är fastställda görs ett urval av de mest strategiska målen. Enligt Träff Nordström finns det i nuläget ingen strategikarta i divisionen som ligger till grund för styrkortets utformning, men de har inlett ett arbete med att skapa en sådan. Träff Nordström menar att syftet med det balanserade styrkortet är att tydligt visa vilka områden som är prioriterade och vilka mål som är långsiktiga. Uppföljningen möjliggör även att de kan identifiera framsteg samt områden som de särskilt behöver jobba med. En del av målen i styrkortet är kopplade till målrelaterad ersättning, annars finns det inga direkta konsekvenser av att ha gröna, gula eller röda siffror. Dock används det som ett underlag när verksamhetschefernas arbete följs upp av deras närmsta chef (Träff Nordström, personlig kommunikation 2016-12-18).

Det balanserade styrkortet är uppdelat i fyra perspektiv: patient, verksamhet, medarbetare samt ekonomi. Varje perspektiv innehåller olika mått samt mål. Majoriteten av måtten mäts månadsvis. Inom patientperspektivet finns tre mått: Basala hygien- och klädregler, antibiotiketryck och antal kvalificerat rådgivande samtal om tobak. Basala hygien- och klädregler innebär exempelvis att använda kortärmade tröjor och ha korta naglar. Träff Nordström förklarar att de basala hygien- och klädreglerna mäts manuellt, via särskilda personer på enheterna efter Sveriges Kommuner och Landstings regler (Träff Nordström, personlig kommunikation 2016-12-18). Antibiotiketryck innebär hur många antibiotikarecept som skrivits ut under perioden.

Inom verksamhetsperspektivet finner vi följande mått: Telefontillgänglighet, läkarhembesök, läkemedelsgenomgångar, SIP, återinläggning, skrivet i fas och läkarkontinuitet. Telefontillgänglighet innebär hur många av patienterna som fått kontakt med legitimerad personal inom två timmar. Av Hälso- och Sjukvårdslagen 3 f § (SFS 1982:763) framgår att en samordnad individuell plan (SIP) är en plan som ska upprättas när en person har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Återinläggning innebär hur många oplanerade återinskrivningar i slutenvården som görs inom 30 dagar efter att patienten skrivits ut. Träff Nordström förklarar att Skrivet i fas innebär att journalanteckningar skrivs i journalen inom 24 timmar efter besöket (Träff Nordström, personlig kommunikation 2016-12-18). Läkarkontinuitet mäts genom att undersöka hur många av de medborgare som varit på vårdcentralen minst tre gånger som fått träffa samma läkare.

Inom medarbetarperspektivet finns måtten kort sjukfrånvaro och total sjukfrånvaro. De mäts genom att se hur många sjukskrivningsdagar varje anställd har.

Inom ekonomiperspektivet finns måttet budgetavvikelser, vilket innebär hur stor avvikelser från den fastställda budgeten är.

## 5.2 Styrning på vårdcentraler

### 5.2.1 Vårdcentral 1

Verksamhetschef 1 har varit verksamhetschef på vårdcentral 1 under de senaste två och ett halvt åren, men har tidigare haft samma befattning på två andra vårdcentraler. Personen har en grundutbildning som sjuksköterska, men har även vidareutbildat sig inom anestesi och ambulanssjukvård. Ytterligare utbildningar inkluderar bland annat kurser i ledarskap och innovation i vården samt ett mentorsprogram för att kunna arbeta som mentor till enhetschefer (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

Vårdcentral 1 har i dagsläget omkring 8700 listade individer. Klientelet utgörs av en blandning av individer såsom studenter, akademiker, arbetslösa, barnfamiljer, ensamstående, utlandsfödda, landsbygdsbefolkning etcetera. Enligt verksamhetschef 1 är denna blandning något sällsynt, då det annars är vanligt att verksamheten blir nischad. På vårdcentralen finns 27 anställda i olika yrkeskategorier. Läkarna utgörs av fyra specialister i allmänmedicin, en specialist i internmedicin som också är docent, tre ST-läkare samt en AT-läkare. Det finns även olika typer av sjuksköterskor, däribland distriktssköterskor, en diabetessjuksköterska och en astma/kol-sjuksköterska. Övriga yrken som finns representerade är undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeut, kurator, dietist samt sekreterare (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

Verksamhetschef 1 beskriver den ekonomiska situationen för vårdcentral 1 enligt följande: ” [...] nu kommer ni till en vårdcentral som just nu är en grön ö, därför att vi har bra ekonomi i år och det är väldigt få som har det kan jag säga” (intervju 2016-12-07). Vårdcentral 1 går alltså med en stor plusbudget i år, men verksamhetschef 1 anser att det är för lite pengar i systemet rent generellt och att det inför nästa år blir tufft då det har stramats upp ytterligare. För de vårdcentraler som går med minus i år uttrycker respondenten sin oro genom att säga ”[...] för de blir det ja, jag vet inte riktigt hur det ska lösa sig utan det blir verkligen tufft” (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

#### 5.2.1.1 Resultatstyrning

Vårdcentral 1 använder sig av det balanserade styrkortet som beskrivits ovan. Detta innehåller mål av olika karaktär som är lika för alla vårdcentraler inom division 5. Verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) berättar att det balanserade styrkortet sätts av divisionsledningen och att det ska följas av vårdcentralen.

Vårdcentral 1 använder sig även av en förbättrings- och förändringstavla för att löpande sätta upp egna mål för sin vårdcentral. Det är en whiteboardtavla där all personal kan skriva upp nya idéer som de har för verksamheten. Varje vecka samlas en ledningsgrupp bestående av verksamhetschefen, en läkare, en sjuksköterska och en sekreterare vid tavlan. De tittar då på vad som finns uppsatt och bestämmer vad från de nya idéerna som ska lyftas. Det kan till exempel vara astmaskola, rökavvänjningsgrupp, granskning av journaldokumentation, utveckla äldrevårdsmottagningen, utveckla astma/kolmottagningen, hospitera hos varandra och stressföreläsningar. Varje måndag hålls även ett morgonmöte för all personal där idéer diskuteras, bland annat vem som ska ansvara för de olika projekten och när det ska vara färdigt. Om det handlar om stressföreläsningar för folk i arbetsför ålder kan exempelvis kuratorn ta på sig att göra ett program för detta. På tavlan står de olika projekten som ska genomföras, vem som ska ansvara för dessa samt när det ska vara färdigt. När det är färdigt flyttas det över till en annan del av tavlan under rubriken ”färdiga projekt”. Verksamhetschef 1 betonar

vikten av att personalen får se de färdiga projekten. Respondenten menar nämligen att personalen ibland upplever att de jobbar konstant och trots det aldrig hinner något, i sådana fall kan personalen gå till tavlan och få svart på vitt på vad de faktiskt uppnått under året (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

Enligt verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) sätter de även specifika mål för yrkeskategorier. Den tillfrågade exemplifierar detta genom diagnossättningen som behövdes förbättras. Det blev då ett uppdrag för läkare, sjuksköterskor och sekreterare att förbättra, fast på olika sätt.

På vårdcentral 1 kommuniceras målen till de anställda på olika sätt. Det görs bland annat på arbetsplatsträffar och måndagsmöten som hålls kontinuerligt. Verksamhetschefen skriver även veckobrev varje vecka om vad som har hänt och vad som kommer att hända. Det balanserade styrkortet, innehållande mål och resultat, finns även tillgängligt för alla på whiteboardtavlan.

Uppföljningen av målen i det balanserade styrkortet sker en gång i månaden. Resultaten finns på whiteboardtavlan, men väldigt bra och dåliga resultat uppmärksammas även i veckobreven. Verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) undviker dock att skriva för mycket negativt utan ser hellre att de positiva sakerna lyfts så att dessa kan ge ringar på vattnet.

Om ett mål uppfylls, som exempelvis 100 procent vad gäller tillgängligheten i telefon, så belönas personalen med tårta. Om målen däremot inte uppfylls blir det istället ett jobb i process utan några direkta bestraffningar. Däremot har de allvarliga diskussioner om det är något de inte lyckas med för att komma fram till hur de ska göra istället. Verksamhetschef 1 poängterar att de naturligtvis inte lyckas med allt och exemplifierar det med diagnossättningen. De har ett särskilt system för läkarnas diagnossättning som innebär att läkarna varje vecka får ut en lista på de patienter de inte skrivit diagnos på. Målsättningen är att alla läkare ska ha skrivit diagnos på alla sina patienter, det vill säga att alla har noll på listorna. När det händer ska det firas med tårta, och verksamhetschefen har ibland uppmuntrat och följt upp processen i veckobreven (intervju 2016-12-07).

#### **5.2.1.1.1 Ersättningssystem**

Verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) ser både positiva och negativa saker med ersättningssystemet. De positiva sakerna som systemet fört med sig är att man riktat om och bytt fokus vilket respondenten exemplifierar utifrån barnvårdscentraler och inte specifikt för vårdcentral 1. Den tillfrågade tycker nämligen att man tidigare slarvade med att göra hembesök till nyfödda i dessa verksamheter. Genom att premiera hembesöken i ersättningssystemet menar verksamhetschefen att man förstått vad som är viktigt och riktat om.

Vad gäller de negativa sakerna med nuvarande ersättningssystem anser verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) till exempel att den målrelaterade ersättningen är lite för detaljstyrd. Respondenten tycker inte att man ska gå in i detalj och säga precis vad de ska göra eller inte göra, utan att det istället bör vara mer övergripande. Ytterligare en sak som uttrycks som negativt är att tidsperioderna är satta relativt kort. De ackrediteringsvillkor som berör ersättningssystemets förändringar inför nästa år fastställdes först i slutet på november i år. Enligt verksamhetschef 1 gör detta att det blir svårt att hinna ställa om tills det börjar gälla den första januari nästa år. Det hade varit lugnare för verksamheten om systemet gällt för två år, eller att man lagt det som ett brutet år så att det inte börjar gälla förrän i juli.

### 5.2.1.2 Handlingsstyrning

På vårdcentral 1 används rutiner för hur arbetsuppgifter ska genomföras. Det finns till exempel rutiner för flödet av patienter. För sjukgymnasterna innebär det till exempel att de har ett antal akuta tider till förfogande och det finns då specificerat när de får tas och för vilken typ av patientgrupp de ska användas för. De sköterskor som sitter i tidsbokeningen följer också rutiner. De har en lista där det finns definierat tid per besök för olika typer av åkommor. Det finns även andra typer av listor som följs på vårdcentralen. Varje dag ska det exempelvis göras en genomgång av akutrummet följt av signering (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

Verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) understryker att de har rutiner för väldigt mycket, men inte för allt. De har till exempel inte rutiner för vad läkare ska göra i ett visst patientmöte. "Därför att de har ju en egen legitimation, de leder sitt eget arbete" (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07). Det samma gäller för sjukgymnasterna, vilket medför att verksamhetschefen inte kan gå in och säga att ett visst sjukdomstillstånd ska behandlas på ett visst sätt. Respondenten framhåller att detta kan bli problematiskt när patienter är missnöjda. Det kan till exempel handla om att de inte fått utskrivet ett visst läkemedel eller att de inte fått en remiss till MR-röntgen. I dessa situationer händer det att patienterna kontaktar verksamhetschefen som då vill "[...] vara jättetydlig med att de arbetar på sin legitimation och den bedömningen som de gör, den står de för, den bedömningen är ingenting som jag som verksamhetschef kan gå in och ändra på" (intervju 2016-12-07). Det verksamhetschefen kan erbjuda patienterna är en second opinion, det vill säga att patienten får träffa en annan läkare.

Verksamhetschef 1 försöker följa upp rutinerna årligen genom att se om de fortfarande är aktuella och om de följs. Det medges dock att uppföljningen varit något bristfällig, men att det nu finns ett system som underlättar detta. Alla vårdcentraler och sjukhus i Region Skåne lägger in sina rutiner i ett system som heter dokumentportalen. I detta system kan man ange ett sista datum för rutinen och två månader innan denna tidpunkt skickas ett mail med en påminnelse om att kontrollera rutinen. Eftersom det är viktigt att gemensamma rutiner överensstämmer för läkare och sköterskor tas dessa även upp på läkar- och sjuksköterskemöten på vårdcentral 1. Rutinerna diskuteras då och justeras eventuellt för att bättre stämma överens med hur de faktiskt gör (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

På vårdcentral 1 finns inga belöningar som är kopplade till rutinerna. Personalen belönas inte för att de utför sina arbetsuppgifter korrekt. Vad gäller avvikelser använder de sig av ett avvikelssystem (AvIC)<sup>4</sup>, där verksamhetschefen och de anställda kan rapportera avvikelserna. Om det är en anställd som skriver en avvikelse får verksamhetschefen även en notering om detta. På detta sätt menar verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) att information om vad de är lite sämre på och eventuellt behöver åtgärdas snabbt ges tillgång till. Avvikelse tas även upp med berörd personal. Vid Lex Maria-anmälningar, görs en analys på djup nivå. Om det är en rutin som har fallerat så beskriver verksamhetschefen processen enligt följande:

---

<sup>4</sup> Alla offentliga vårdgivare rapporterar avvikelser i AvIC. "AvIC är det regiongemensamma avvikelshanteringssystemet för Region Skåne. Med AvIC är det möjligt för alla medarbetare att rapportera avvikelser inom nio olika områden, t. ex. arbetsmiljö, miljö, patient och säkerhet" (Region Skåne, 2016a).

Då försöker vi ju ta reda på; vad var anledningen?, hur kunde det gå så här?, hur kan vi göra annorlunda så att det inte upprepas?. Det är ju hela tiden det vi vill nå med avvikelsen. Det är ju inte att vi vill hänga ut någon, utan det är ju hur kan vi lära oss så vi kan göra annorlunda? (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

### **5.2.1.3 Personalstyrning**

Om en anställd slutar på vårdcentral 1 och verksamhetschefen vill rekrytera en ny inleds processen med en rekryteringsanmälan. Denna går först till ekonomiavdelningen som undersöker om det finns utrymme att anställa en ny. Därefter tar HR över för att se om det till exempel finns någon övertalig i Skåne. Chefen över verksamhetschefen ska också ge sitt godkännande av en ny rekrytering. Efter detta skriver verksamhetschefen en kravprofil som skickas till GSF, som är en gemensam servicefunktion för Region Skåne, där det bland annat finns HR-folk. De gör då ett utkast på en annons som sedan skickas till verksamhetschefen. I kravprofilen kan verksamhetschefen förtydliga vad det är som eftersöks, vad som är meriterande och vilka egenskaper som är önskvärda (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

Enligt verksamhetschef 1 deltar personalen på vårdcentral 1 i utbildningar. Men "frågar du personalen i vissa kategorier skulle de nog säga vi får aldrig gå på utbildning" (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07). Verksamhetschefen menar att detta inte riktigt stämmer, men att utbudet på utbildningar för yrkeskategorier som exempelvis undersköterskor och sekreterare är litet. För läkarna är utbudet istället stort, men de kanske inte har möjlighet att delta eller så har de inte så lång framförhållning. Region Skåne tillhandahåller en utbildningskatalog där personalen själv kan söka efter en lämplig utbildning. Inför varje medarbetarsamtal görs även en utvecklingsplan, i vilken det kan anges att en anställd behöver utökade kunskaper inom något område. Verksamhetschef 1 förklarar att det sedan är den anställdes uppgift att hitta en lämplig utbildning och föreslå denna för verksamhetschefen. Det finns även andra utbildningar än de regionala som kan komma på förslag och då får den anställda motivera varför han eller hon ska delta i utbildningen; vad det kan ge personen i fråga men även dess bidrag till verksamheten (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07).

### **5.2.1.4 Kulturstyrning**

Verksamhetschef 1 (intervju 2016-12-07) berättar att de har en ny regiondirektör, Alf Jönsson, som förespråkar värderingsstyrt ledarskap och att det tagits fram regionala värderingar som är välkomnande, drivande, omtanke och respekt. Dessa ledord tas till exempel alltid upp av verksamhetschefen under anställningsintervjuer genom att fråga vad de har för betydelse för personen i fråga. I övrigt upplever respondenten att arbetsklimatet på vårdcentral 1 är väldigt bra, att det är "högt till taket" och att de är måna om patienterna. Enligt verksamhetschefen får de även beröm från deras patienter om att de är tillgängliga, tillmötesgående och försöker lösa deras problem.

### **5.2.2 Vårdcentral 2**

Verksamhetschef 2 har arbetat på vårdcentral i ett och ett halvt år med befintlig befattning. Respondenten menar på att det generellt sett råder en hög omsättning inom vårdbranschen bland just verksamhetschefer. Verksamhetschef 2 har en bakgrund utanför vården, där personen har arbetat som chef inom den kommunala sektorn i över ett decennium. I grund och botten är verksamhetschef 2 utbildad statsvetare, något personen själv uttrycker som en raritet då majoriteten av verksamhetschefer inom vården vanligen kommer från en klinisk bakgrund (intervju 2016-12-20).

Vårdcentral 2 har ungefär 14500 listade patienter och 50 anställda av olika yrkestitlar, bland annat läkare, fysioterapeuter, sjuksköterskor, beteendevetare, psykolog, kurator, undersköterskor,

distriktssköterskor samt receptionister. De har en blandning av läkare där både AT, ST och allmänspecialister ingår. Verksamhetschef 2 berättar också att de har något som kallas för underläkare, vilket är en läkare som inte är allmänspecialist. Dessa två yrkeskategorier ger olika typer av bidrag till vårdcentralen. Vårdcentralen får också olika typer av ersättning för att ta emot exempelvis en ST-läkare (verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20). Just befattningen underläkare menar verksamhetschefen är problematisk då en underläkare ej får ha lika många listade patienter per underläkare som en "vanlig" läkare får, vilket ställer till det vid beräkning av resurser och även skall redovisas olika.

Patienterna är en mix av gamla och unga, vårdcentralen är ej att anse som nischad mot någon speciell patientgrupp. Vårdcentralen uppfyller Region Skånes ackrediteringsvillkor samt bedriver viss tilläggsvård i form av bland annat BVC (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20). Verksamhetschef 2 belyser även ett visst problem med att bedriva verksamheten då det råder svårigheter att rekrytera relevant personal för vissa önskvärda områden. Det ekonomiska läget för vårdcentralen beskrivs av verksamhetschef 2 som "lite rött för 2016, det är inga jättesiffror men det är fortfarande röda siffror" (intervju 2016-12-20).

### **5.2.2.1 Resultatstyrning**

Vårdcentral 2 följer, liksom andra vårdcentraler inom Region Skåne, de mål som är uppsatta genom det balanserade styrkortet. I enlighet med Region Skånes riktlinjer följer de även mål som gäller för målrelaterad ersättning samt uppfyller de ackrediteringsvillkor som finns. Verksamhetschef 2 menar på att målen för vårdcentral 2 helt enkelt är att nå upp till det resultat som är satt som mål för alla vårdcentraler inom regionen (intervju 2016-12-20). Målen kommuniceras till anställda genom arbetsplatsträffar som sker kontinuerligt varje månad, även om verksamhetschef 2 antyder att dessa ekonomiska modeller inte är helt enkla att förstå vilket gör att intresset hos personalen är av varierande karaktär. Under arbetsplatsträffarna diskuteras om tendenserna för måluppfyllelse är uppåt eller nedåt samt om några specifika punkter sticker ut på ett onormalt vis. Oftast diskuteras här produktivitet i form av hur mycket den enskilde producerar, något som ofta leder till diskussion. Verksamhetschef 2 framför ett fiktivt exempel att om:

Genomsnittet för en läkare är nio besök per dag (patientbesök, intervjuares anmärkning), så hinner vi 7,2 och då undrar man ju liksom varför gör vi det? Ja, då så är ett argument ja man tar inte tillräcklig hänsyn för hemsjukvården; hur ser det ut? Hur mycket tid åtgår att ta sig från A till B så att säga.. Medan då någon annan kan ha väldigt hög produktivitet för att de inte har mycket hemsjukvård, så de har mer fokus och kan ta fler patienter (Verksamhetschef 2, 2016-12-20).

Verksamhetschef 2 anser därmed att det är jättesvårt att mäta måluppfyllelse på ett rättvist sätt, eftersom sammansättning och underlag är olika från vårdcentral till vårdcentral. Vidare sätts en månadsrapport för måluppfyllelse upp på en tavla personalen har tillgång till och därmed kan ta del av information om mål från.

Med de uppsatta mål vårdcentralen följer, utformade enligt primärvårdens genomsnitt, som riktlinje blir målsättningen varierande beroende på yrkeskategori. Det finns olika genomsnitt för hur många patienter exempelvis en sjukgymnast förväntas hinna med per dag och ett annat genomsnitt för hur många patienter en läkare förväntas hinna med. Skulle dessa riktlinjer ej nås upp till menar Verksamhetschef 2 att frågan om varför respektive personal ej når upp till genomsnittet lyfts till en dialog. Genomsnittet i sig är inte något som styrs av det balanserade styrkortet utan är baserat på de

nyckeltal primärvården i Region Skåne arbetar med (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20). Vid frågan om vad som händer om måluppfyllelse ej inträffar berättar Verksamhetschef 2 att det finns en riktlinje som säger att man får lov att gå med förlust i tre år, sedan skall åtgärder vidtas. Verksamhetschef 2 menar dock på att dessa beslut ligger "ovanför våra huvuden" och därmed sällan aktualiseras. Ett tänkbart scenario skulle kunna vara att, som för de privat drivna vårdcentralerna, en vårdcentral som går med förlust längre än vad riktlinjerna tillåter läggs ned.

Vi kan, vi får ju inte lov, jag kan ju inte bestämma att jag vill lägga ner här för att jag går med röda siffror, utan då är det ovanför våra huvuden. Och nu kanske det blir skarpt läge så att man bestämmer sig för att lägga ner offentligt drivna, men det kan ju inte jag svara på. Men det känns så, för vi har tryck på det via vår ledning (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20).

Vidare ser verksamhetschefen också en möjlighet att vid nedläggning genomföra sammanslagningar, där också tidigare nämnda problem med att rekrytera kompetent och relevant personal skulle minskas. Avslutningsvis, och som svar på vår fråga gällande vad som händer då målen inte uppfylls, tillägger Verksamhetschef 2 att egentligen får de bara skäll för att ekonomin inte går ihop, men det är också allt som egentligen händer.

Om motsatsen i stället inträffar, att vårdcentralen skulle nå upp till, eller överstiga, målen skapas eget kapital. Verksamhetschef 2 informerar oss om att vårdcentralen, trots sitt budgetunderskott, har ett relativt stort eget kapital. Detta är dock inte något verksamhetschefen får röra då det tillhör "helheten". Verksamhetschef 2 exemplifierar detta som att man använder dessa pengar i en annan del av organisationen som helhet (anm. inom någon annan av Region Skånes vårdcentraler) där pengar saknas. Detta för att skapa en någorlunda likartad service i riket eftersom vårdcentraler av offentligt driven karaktär finansieras genom skattemedel (Intervju 2016-12-20). Vårdcentral 2 använder sig inte av något specifikt belöningsystem då målen faktiskt uppnås, möjligtvis små belöningar i form av tårta. Detta finns det dock inga riktlinjer för utan är någonting som initieras spontant.

#### **5.2.2.1.1 Ersättningssystem**

Vid det ersättningssystem som idag tillämpas inom Region Skåne uttrycker Verksamhetschef 2 viss oro för ersättningen relaterad till telefonin. Detta grundas i en personlig åsikt om att, vid målet om tillgänglighet, så är det viktigaste sett från patientens synvinkel att få tillgång till ett fysiskt möte med personal på något vis. Vidare berättar Verksamhetschef 2 också att det krävs en oerhörd kompetens för att triagering<sup>5</sup> via telefon skall kunna genomföras på efterfrågad nivå, något som i dagsläget inte alltid uppfylls eftersom "jag kan ju inte söka en sjuksköterska som till exempel är telefonspecialist" (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20).

Verksamhetschef 2 (intervju 2016-12-20) uttrycker även viss frustration angående ersättningen för hembesök av läkare. När en läkare åker på ett hembesök är ersättningen per besök satt oberoende av det geografiska läget som påverkar transportsträckor. Om läkare, som dessutom är dyra i drift, har en lång och krånglig resväg, kan det i slutändan generera större kostnader än ersättning. Respondenten menar att detta kan leda till att man inte har råd och tvingas dra ner på dessa besök

---

<sup>5</sup> Triagering innebär att bedöma patientens sjukdomstillstånd och därefter göra en prioritering så att de sjukaste patienterna får vård först.



fastän det är ett prioriterat område. Verksamhetschef 2 berättar även att ersättningssumman skiljer åt beroende på om besöket klassificeras som akut eller ej och säger att:

Alla former av ersättningar det ger ju tankar i huvudet på folk; hur kan man använda systemet? [...] nu säger jag inte att vi sitter och planerar för det, men risken finns ju att man plötsligt tänker; jamen kan vi göra detta till akut istället? (Verksamhetschef 2 intervju 2016-12-20).

Respondenten ger exemplet när läkaren är på ett särskilt boende för kontinuerliga besök, att denne då kortar ner besöken avsevärt och istället uppmanar personen att söka akut vård om tillståndet blir värre enbart för att få högre ersättning.

Positivt med ersättningssystemet anser Verksamhetschef 2 vara att de främjar utvecklingstänk och nytänk.

Verksamhetschef 2 menar på att den hierarkiska organisation som vårdcentralerna befinner sig i gör att det uppifrån sett är svårt att förstå hur vårdcentralernas värld ser ut. När nya direktiv läggs fram, från politikerna, är det lätt hänt att vårdcentralspersonalen upplever att de ska leva upp till orimliga krav eftersom de "inte kan springa mycket fortare just nu" (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20). Vidare ser Verksamhetschef 2 också en avigsida med ersättningssystemen i form av att de kräver kontroll. Denna typ av egenkontroll bidrar till en högre administrativ belastning för vårdcentralens personal då mätningar och kontroll samt jämförelse mot officiell statistik skall genomföras. Verksamhetschef 2 menar på att personalen idag, kontra personalen för x antal år sedan, knappast har mindre arbete att genomföra men trots det har en avsevärt högre administrativ belastning att genomföra därtill. Frågan blir då vad som är primäruppdraget, Verksamhetschef 2 resonerar att det primära för exempelvis en läkare måste vara att bemöta patienter och behandla sjukdomar – inte att bedriva administrativa uppgifter. Den administrativa arbetsbördan bör istället belasta administrativ personal i form av medicinska sekreterare och receptionister, något som i dagsläget ofta hamnar på läkare, sjuksköterskor och liknande (intervju 2016-12-20).

Med utgångspunkt i det balanserade styrkortet görs inom Region Skåne jämförelser mellan olika vårdcentraler. Detta är något som Verksamhetschef 2 anser är möjligt att genomföra så länge man tar hänsyn till olikheterna mellan vårdcentralerna. Vid jämförelse måste fler variabler tas i beaktning än att det går bra för den ena men sämre för den andra. Oftast anser Verksamhetschef 2 att det finns en rimlig förklaring till variationerna men att det krävs bättre verktyg för att analysera just olikheternas inverkan på resultaten. Även slumpen kan styra utfallet i dessa mätningar genom att olika vårdcentraler exempelvis har olika socioekonomisk tyngd bland sina patienter. Verksamhetschefen menar på att verkligheten inte alltid är som den, enligt de ekonomiska beräkningarna, borde vara. Även om en vårdcentral på pappret borde anses ha en viss belastning av sitt klientel är det inte alltid verkligheten följer mönstret. En möjlig lösning till detta problem skulle, enligt Verksamhetschef 2, kunna vara att ha en ekonom som ingår i personalen på vårdcentralen. Denne skulle då kunna bedriva egna undersökningar till varför utfallet blir så eller så oavsett hur utfallet borde bli, och även driva denna typ av diskussion med politikerna som faktiskt styr organisationen (intervju 2016-12-20).

#### **5.2.2.2 Handlingsstyrning**

Hur respektive yrkeskategori får instruktioner om vad de förväntas utföra för arbete menar Verksamhetschef 2 är allmän kännedom efter genomförd utbildning. Personalen på Vårdcentral 2 har dock riktlinjer för avvikelser, dessa riktlinjer utvecklas beroende på vad man sedan märker är

avvikande. Checklistor används, bland annat för basal hygienkontroll och vid triagering via telefon. Dessa listor utvecklas också fortlöpande, exempelvis för att personalen skall veta hur de skall agera om en patient framför hot eller är aggressiv. Generellt anses dock legitimeringen av respektive yrkeskategori styra dess profession och vid avvikelser skapas riktlinjer för hur det skall hanteras allt efter som. Avvikelsehanteringen, genom avvikelseprogrammet AvIC, är vad som används för att kontrollera att arbetsuppgifter sköts på rätt sätt (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20).

Verksamhetschef 2 poängterar dock att AvIC inte är tänkt enbart för att "skälla på folk" utan som ett sätt att hantera och utreda vad som skett och hur personalen kan undvika att det sker igen. På Vårdcentral 2 sker också kontinuerliga professionsträffar, där de olika yrkeskategorierna träffas och kan diskutera hur de skall hantera olika situationer. Där kan både positiva och negativa aspekter lyftas, även om Verksamhetschef 2 medger att just den positiva biten (att lyfta någon som gjort något bra) är någonting som skulle kunna förbättras. Vidare menar Verksamhetschef 2 på att det eventuellt är att betrakta som chefernas roll att faktiskt ta upp avvikelser som resulterat i förändrade riktlinjer och rutiner medan personalen inom professionerna mer kan hjälpa och stötta varandra innan en avvikelse inträffat (intervju 2016-12-20).

### **5.2.2.3 Personalstyrning**

Rekryteringsprocessen går till på ett sådant vis att det i slutändan är cheferna som avgör vem platsen tillfaller. Vid urvalsprocessen deltar även de som är närmsta medarbetare. Till viss del kan Vårdcentral 2 styra vad som skall stå i exempelvis annonsen, även om vårdcentralen styrs enligt GSF's (gemensam servicefunktion för Region Skåne) riktlinjer. Verksamhetschef 2 anser personligen att det är viktigt att rekrytera personal som tänker brett, det vill säga som inte enbart ser till sin egen profession utan tar helheten i beaktning. I dagsläget finns en viss ovilja att delegera mellan professionerna vilket motarbetar ett helhetsperspektiv, även om Verksamhetschef 2 anser att detta blivit bättre över åren (detta gäller generellt under alla Verksamhetschefs 2 år på chefsposition och inte enbart som verksamhetschef på vårdcentral) (intervju 2016-12-20). Delvis regleras detta enligt svensk lagtext i form av MBL, lagen om medbestämmande, och arbetas även med på andra plan genom samverkan – bland annat mellan olika fackförbund.

Personalen på Vårdcentral 2 har möjlighet till kompetensutveckling. Verksamhetschef 2 menar på att Region Skåne är frikostiga med möjligheter till att delta i olika seminarier och utbildningar för exempelvis sjuksköterskor. I slutändan är det pengarna som styr om personalen får delta eller ej, något som kan komma att påverkas till år 2017 med hänsyn till 2016 års röda siffror.

Verksamhetschef 2 menar på att det nog kommer bli mycket kärvare och att det kan vara läge för att dra i nödbromsen. Anledningen till detta är att med lagd ram för budget, om oförutsedda kostnader uppstår, blir det inte pengar över till exempelvis kompetensutveckling för personalen. Det kan också vara så att det är just kompetensutveckling som är den oförutsedda kostnaden. Verksamhetschef 2 exemplifierar detta genom att ett system bestämts att det skall införas efter att budgets lagts, personalen måste sedan skickas på utbildning i detta system – något verksamheten inte visste om eller kunde ta i beaktning när budget fastställdes (intervju 2016-12-20).

### **5.2.2.4 Kulturstyrning**

Verksamhetschef 2 anser att gemenskapen hos personalen på Vårdcentral 2 är god och att man arbetar efter gemensamma värderingar. Någon gemensam värdegrund specifikt för vårdcentralen finns inte, även om det varit på tal om att utarbeta en under hösten 2016. Tanken var då att bryta ner

Region Skånes befintliga värdegrund (välkomnande, drivande, omtanke och respekt) i mindre beståndsdelar för att arbeta tydligt med att vårdcentralen ser olikhet som en styrka och att medarbetarna skall behandla varandra med respekt. Detta skall, enligt Verksamhetschef 2, förhoppningsvis arbetas vidare med under 2017 (intervju 2016-12-20).

### 5.2.3 Vårdcentral 3

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) har varit verksamhetschef på vårdcentralen i fem år, och har tidigare arbetat som chef i 10 år på kvinnokliniken på ett sjukhus. Respondenten har en grundutbildning som sjuksköterska, och en vidareutbildning till barnmorska. På vårdcentralen finns cirka 7400 listade individer. Patienterna listade på vårdcentralen har ett lågt CNI, och verksamhetschefen berättar att vårdcentralen ligger på en pendlarort. På vårdcentral 3 arbetar 29 personer i olika yrkeskategorier. På vårdcentralen arbetar läkare, sjuksköterskor (både distriktssköterskor och en vanlig sköterska), undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykolog, medicinska sekreterare samt en dietist som de delar på tillsammans med en annan vårdcentral. Bland läkarna finns specialister i allmänmedicin, ST-läkare vilka håller på att utbilda sig till specialister i allmänmedicin, samt en läkare som är rehabspecialist.

Verksamhetschef 3 tog med sig lean-tänket från sin tidigare arbetsplats (intervju 2016-12-21). Respondenten beskriver det som en slimmad organisation, som bygger på det lilla som i slutändan blir det stora. Att ha ordning och reda, undvika slöseri, tillvarata befintliga resurser (framförallt personal). Respondenten säger att om de kan få personal till att ta eget ansvar, bli kreativa och lyfta fram sina starka sidor, då blir det en stark grupp. Risken finns annars att anställda kan bli lite kvävda. Verksamhetschef 3 säger att rollen som verksamhetschef är att vara idéfångare, och därför finns en utvecklingsgrupp (se nedan) istället för en ren ledningsgrupp. Självklart finns det en ledningsgrupp också, men utvecklingsgruppen är tvärprofessionell och är därför mer kraftfull.

Respondenten gillar att arbeta med en platt organisation, och har exempelvis ingen enhetschef utan endast ett chefsstöd för exempelvis personalfrågor. Alla de 29 anställda har ett eget ansvarsområde, vilket ofta bygger på eget intresse vilket är bra för då får individerna arbeta med det de känner sig duktiga på. Vårdcentralen har ett lean-rum, i det rummet finns det en tavla. En av de anställda har den tavlan som sitt ansvarsområde, att göra rent den, skriver snyggt etc. I leanrummet har de morgonmöte varje dag, där tre frågor går igenom;

“Är vi här, som ska vara här?, Är det något från igår som vi behöver lyfta?, Vad händer idag?” (Verksamhetschef 3, intervju 2016-12-21).

Morgonmötet leds oftast av verksamhetschef 3, men en ST-läkare på vårdcentralen har tagit på sig att leda mötet i de fall verksamhetschef 3 inte är på plats.

På tavlan står exempelvis vilka anställda som arbetar för dagen, om det är något särskilt som händer i omgivningen - exempelvis ”många barn med ögoninflammation”. Dessutom finns några utvalda mål från det balanserade styrkortet; telefontillgänglighet, SIP och hembesök. Telefontillgänglighet och hembesök följs upp dagligen, de andra följs upp en gång i månaden. Tavlan innehåller även andra mål som exempelvis antal listade och ACG. Om de når upp till målen fyller de i tavlan med grön färg, när de däremot inte upp till dem fylls tavlan istället i med röd färg (intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 berättar att deras budget består av röda siffror. Den huvudsakliga anledningen till de röda siffrorna säger respondenten är deras stora omsättning av läkare. Läkaroersättningen är vanligt i primärvården, och verksamhetschef 3 säger att det räcker med att en person går i pension. Verksamhetschef 3 har enligt egen utsago genomfört omtumlande förändringar och i samband med det slutade flera läkare. När det slutar en läkare tar vårdcentralen in hyrläkare, och verksamhetschef 3 berättar att det är orsaken till underskotten. Vårdcentralen får nämligen inte bedriva sin verksamhet om det inte finns en specialist i allmänmedicin på plats. De har haft svårt att "vinna tillbaka" det de förlorade under den perioden (intervju 2016-12-21).

### **5.2.3.1 Resultatstyrning**

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) berättar att ackrediteringsvillkoren som kommer årligen påverkar deras mål i stor utsträckning. Ackrediteringsvillkoren är kopplat till det balanserade styrkortet som vårdcentral 3 följer, precis som alla andra vårdcentraler som ingår i division 5. Verksamhetschef 3 berättar att det balanserade styrkortet finns uppsatt och tillgängligt för alla att se, men att bara en bråkdel av personalen är intresserade av det. Detta förklaras av att personalen fokuserar på sitt eget område istället för att bry sig om helheten. Verksamhetschef 3 anser dock att det är viktigt att personalen förstår att de är en kugge i något större och att det inte går att hålla sig inne på sitt rum och enbart fokusera på sina patienter. Verksamhetschef 3 berättar att de särskilt lyfter fram en del mål i det balanserade styrkortet och fokuserar extra på dem, exempelvis telefontillgänglighet. Telefontillgängligheten lyfts fram på en tavla, där står veckans alla dagar, hur många samtal de fått totalt samt hur väl tillgängligheten uppfyllts. Respondenten berättar också att de har fokuserat mycket på målen som rör äldre, eftersom antal äldre ökar.

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) tycker att det är frustrerande att inte kunna vara med att påverka målen som finns i det balanserade styrkortet. Respondenten säger att varje vårdcentral är skraddarsydd och har borde ha sina egna mål, och därför fungerar det inte för alla.

Vårdcentralen har även egna mål, och verksamhetschef 3 berättar exempelvis att ett av målen de satt upp är att jobba i team i större utsträckning. Då arbetar läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare tillsammans och delar upp arbetet kring patienten. Respondenten beskriver att det är ovanligt att arbeta så i primärvården, det är vanligare i slutenvården, exempelvis på akuten. På primärvården brukar varje anställd arbeta på sitt rum med sina egna patienter. Verksamhetschef 3 säger att de har blivit mycket effektivare sedan de infört det här, de tar emot 30% fler akutpatienter. Respondenten berättar att de tyvärr inte kan uppfylla det här målet utan måste backa och gå tillbaka till det gamla traditionella arbetssättet för att ersättningssystemet inte hänger med, fortsätter de med teamarbete får de inte tillräckligt med ersättning och har inte råd att behålla personalen (Verksamhetschef 3, intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 tycker det är jättetråkigt eftersom de arbetat mycket med "taskshifting", det vill säga att flytta uppdrag mellan yrkeskategorier. Dilemmat är att det är läkare som är i fokus i ersättningssystemet. Exempelvis får läkarna hög ersättning om de ringer ett telefonsamtal, medan sjuksköterskorna inte får någon ersättning om de ringer samma samtal. Verksamhetschef 3 beskriver att de har arbetat mycket med att flytta arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor, särskilt proaktivt i telefon. En sjuksköterska kan ringa hem till en patient efter ett par dagar hemma från sjukhuset, och höra hur det fungerar hemma. Ofta funkar enbart telefonkontakt, ibland bokas hembesök in. Det leder till att många återinläggningar undviks. Det är vanligt med enkla

medicinordinationer, exempelvis 3 Alvedon dagligen mot smärta. Men sjuksköterskorna får inte pengar för att de ringer samtalet, ingen ersättning utgår. Hade däremot läkaren ringt hade det motsvarat 0,6 besök. Det har lett till att sköterskorna i dagsläget har väldigt låg produktion, eftersom deras uppgifter inte genererar pengar. Av den anledningen får vårdcentral 3 nu istället be patienten att komma till vårdcentralen, eller boka in ett hembesök. Ett hembesök av sjuksköterska motsvarar 3 besök (Verksamhetschef 3, intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) berättar att det också finns nyckeltal för hur många besök som exempelvis en sjuksköterska ska göra varje dag, och det används också som ett mål. De siffrorna finns uppsatta för läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster, och målen är ett genomsnitt för primärvården. Siffrorna finns att hitta i Qlikview, ett program som används för exempelvis tidsregistrering och uppföljning. Verksamhetschef 3 berättar att siffrorna för sjuksköterskorna är illröda eftersom deras tid inte ger någon ersättning (se ovan).

Enligt verksamhetschef 3 sätts olika mål dels för olika yrkeskategorier, men också för de olika teamen. Exempelvis har en undersköterska ansvar för att planera hur rutten ser ut vid dagens hembesök, för att slippa åka fram och tillbaka. Undersköterskan har också ansvar för att lägga in läkarscheman, så att det blir enkelt att se om det finns lediga tider. På vårdcentralen finns också en äldremottagning, och förknippad till personalen på den finns specifika mål. Äldre är ofta oroliga, och personalen arbetar därför förebyggande genom att ringa upp och kolla hur det är med patienten regelbundet. På så sätt undviker de att de äldre hela tiden hänger på telefonen och är oroliga (Verksamhetschef 3, intervju 2016-12-21).

Vårdcentralen använder sig också av en "idétavla" där vem som helst får skriva ned sina tankar och förslag. Det som skrivs ned på tavlan tas sedan upp på nästa möte som verksamhetschef 3 har med sin utvecklingsgrupp. Verksamhetschef 3 berättar att det inför deras förra möte stod sömnskola på tavlan. Det tog respondenten upp med sin utvecklingsgrupp, eftersom det är många som har sömnproblem. Inom utvecklingsgruppen diskuterar de hur de kan gå tillväga och vilka yrkesgrupper som kan vara involverade i utförandet (intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 använder fikarummet i stor utsträckning för att kommunicera mål till de anställda, samt följa upp tidigare satta mål. Respondenten menar att det är ett bra sätt eftersom alla i personalen är samlade i fikarummet, dock går respondenten runt mycket och pratar med de anställda annars också. Händer det något särskilt skickar respondenten ut ett internmail. Verksamhetschef 3 berättar också att de är iväg på planeringsdagar ibland, och där är det mycket diskussioner kring både mål och ekonomin. Nu inför den nya budgeten gick de igenom den noggrant, bland annat att de är påtvingade en nollbudget (Verksamhetschef 3, intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) berättar att uppföljningar av mål görs ofta, exempelvis gås hembesök igenom manuellt dagligen. Telefonsamtal/telefonföretag följs också upp dagligen. Nyckeltalen som mäts per anställd/dag följs upp en gång varje månad, och de får hjälp av en ekonom att sammanställa siffrorna. Täckningsgraden släpar efter en gång i månaden, och verksamhetschef 3 berättar att hon har mycket svårt att förstå beräkning av täckningsgraden (intervju 2016-12-21).

Utvecklingsgruppen på vårdcentral 3 innehåller en personal från varje yrkeskategori, och de träffas en gång var fjortonde dag. På mötena går de igenom idétavlan som nämndes ovan, samt de projekt som redan är igång. De har även en arbetsplatsträff var fjortonde dag, där alla anställda närvarar (Verksamhetschef 3, 2016-12-21).

När mål har uppfyllts firar vårdcentral 3 ofta med extra fika. Verksamhetschef 3 berättar att det inte finns utrymme för så mycket mer i den här typen av verksamhet. Respondenten säger också att specifika individer inte belönas, utan personalen i stort. Dock finns det möjlighet att under lönesamtal och medarbetarsamtal diskutera om de anställda har uppfyllt sina mål. Respondenten säger tydligt att det ger utslag om du är engagerad och delaktig (intervju 2016-12-21).

När målen inte uppfyllts har verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) ett samtal med berörd person. Det är dock inte alltid verksamhetschef 3 som själv säger till, utan det kan vara en anställd som säger ifrån till sin kollega. Verksamhetschef 3 tycker att det viktigaste är att den berörda anställde förklarar varför det blivit som det blivit, så att det inte blir slentrianmässigt eller rent av att de anställda skiter i det. Verksamhetschef 3 betonar att en direkt dialog föredras, och inte en massa "morsor" som styr och ställer.

#### **5.2.3.1.1 Ersättningssystem**

Verksamhetschef 3 tycker att det är bra att ersättningssystemet utgår från vårdtyngd, kopplingen mellan antal listade och ACG, och att det inte bara räknar individer. Respondenten tycker det är självklart att ersättningen ska vara högre om patienterna är sjukare, och precis så ser dagens ersättningssystem ut. Respondenten tycker också om att ersättningssystemet uppmuntrar de anställda att arbeta mer med telefon och videosamtal, eftersom de idag är värdelösa på att vara digitala (intervju 2016-12-21). För tillfället är det några pilotvårdcentraler som provar på videosamtal, och inte på vårdcentral 3 överhuvudtaget. Verksamhetschef 3 är irriterad över hur icke-tekniskt det är på vårdcentralen. Respondenten hade exempelvis velat ha Ipads som de anställda kunde läsa journaler på och ha inne hos patienter, och säger att det blivit mer patientsäkert. Respondenten tycker inte heller om att de inte får använda telefoner vid hembesök, exempelvis facetime. Respondenten säger att då hade en undersköterska kunnat åka ut till patienten och genom facetime visa läkaren hur ett sår ser ut, och på så sätt vara effektivare. Verksamhetschef 3 säger "jag kan prata med mina barn som är i Australien men inte med någon som är två kvarter bort" (Verksamhetschef 3, intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 säger att det sämsta med ersättningssystemet är att det är alldeles för läkarfokuserat. Trots att det är brist på läkare ligger allt fokus där, så det tvingar verksamheterna till att använda läkarna fullt ut. Det resulterar i att trots att det går att flytta arbetsuppgifter från läkaren till någon annan yrkeskategori, kan du inte göra det för då tappar du ersättning. Respondenten nämner blodtryck som exempel; att trots att undersköterskor mycket väl kan ta blodtryck räknas det inte som ett besök, utan istället som ett förberedande läkarbesök, och då utgår ingen ersättning. Innan hade undersköterskor egna mottagningar men det räknades inte heller som besök, hade det varit hos sjuksköterskor hade ersättning antagligen utgått och om det hade varit hos en läkare hade det inte funnits några tvivel (intervju 2016-12-21).

Verksamhetschef 3 nämner också att teamarbete inte får räknas in (intervju 2016-12-21). Som de jobbar nu i akutteam med flera professioner som träffar patienten, är det bara läkarbesöket som räknas. Allt arbete runt om, av exempelvis en sjukgymnast som är inne för att öka kvaliteten samt sjuksköterskor och undersköterskor, räknas inte. De får alltså inget extra för att de jobbar tvärprofessionellt som team runt patienten, utan de hade fått mer i ersättning om patienten först gått till läkaren och sen till sjukgymnasten. Det är väldigt långt ifrån lean, betonar respondenten. Verksamhetschef 3 nämner också att ersättningssystemet lockar till att missbrukas, genom att skicka runt patienten till olika yrkeskategorier enbart för ersättningens skull. Respondenten säger att hon har känslan av att de stoppas av systemet. Verksamhetschef 3 skulle alltså vilja ha ersättning för taskshifting och teamarbete.

### **5.2.3.2 Handlingsstyrning**

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) berättar att de använder sig av checklistor, men inte alls i den utsträckning de skulle vilja. Vid vaccinationer fyller patienten själv i en checklista, och det är alltså inte personalen som är involverade. Personalen har också checklistor, exempelvis läkarna när de ska diktera. Det påverkar också sekreterarna som sedan skriver diktatet.

Respondenten säger att det är likadant med rutiner, de finns men de borde uppdateras. Det finns rutiner som inte uppdaterats på väldigt länge, utan man jobbar bara av ren erfarenhet.

I akutteamet finns det dock arbetsbeskrivningar som beskriver exakt vad varje personalgrupp ska göra, och det är bra när vikarier och nyanställda kommer.

Respondenten säger att de behöver bli bättre på rutiner, och standardisera en del arbetsmoment. Exempelvis prickmottagningen är standardiserad, eftersom det inte är fritt valt arbete.

När sjuksköterskorna triagerar i telefon följer de också särskilda rutiner, detsamma när de ska planera in besök. Ska besöken vara en kvart, 30 min eller 45 minuter långa, är nödvändigt att veta när besöken ska schemaläggas.

Verksamhetschef 3 berättar att läkarna får ett stort ansvar genom sina legitimationer, och att det ibland kan bli krockar läkare emellan. Respondenten säger att uppfattningar om hierarkier och hur öppen man är ofta leder till krockar (intervju 2016-12-21).

Kontroll av arbetsuppgifter görs kontinuerligt, och just nu är det journalkontroll det som lyfts. Verksamhetschef 3 har gett uppdraget till sin medicinska rådgivare, som med sin medicinska kompetens gör stickkontroller av journaler och ser om de skrivits korrekt.

De är också noggranna med att följa upp avvikelser, av personal görs de i programmet AvIC och av patienter görs det direkt till verksamhetschef 3 eller till Patientnämnden.

Verksamhetschef 3 säger sig aldrig ha upplevt att någon förlorat sin legitimation på grund av att någon misskött sitt jobb, det krävs en polisanmälan för att någon ska bli av med sin legitimation. Det brukar ofta ses som ett systemfel, det är inte en enskild individ som orsakat bristen utan exempelvis stress eller brist på utbildning. Respondenten föredrar att se det som systemfel istället för att hänga ut särskilda individer samt säger att det var mer syndabockstänk förr i tiden, då ville patienten komma åt just en specifik läkare och bestraffa denne.

Respondenten säger också att om du trots alla möjligheter att göra rätt, har gjort fel blir det ett personligt ansvar. Och allvarlighetsgraden bedöms utifrån en handlingsplan, som sen går igenom av IVO och socialstyrelsen som får tar ställning. Efter att de granskat kommer de med ett beslut (intervju 2016-12-21).

### **5.2.3.3 Personalstyrning**

Verksamhetschef 3 (intervju 2016-12-21) får inte besluta om att anställa någon, utan en önskan om en nyanställning skickas först till ekonomen, sen till HR och slutligen till chefen. Om de godkänner får verksamhetschef 3 klartecken och sen kan hon få hjälp med annonsering. De är oerhört noga med att den sökande har rätt kompetens rent juridiskt, så att personen verkligen har en legitimation. Är det läkare som söker görs en koll hos socialstyrelsen för att se att personen inte är involverad i några aktiva ärenden och att legitimationen gäller i Sverige. På intervjuer brukar verksamhetschef 3 ha med någon från den professionen som redan jobbar på vårdcentralen. Det är viktigt att den sökande tycker att arbetsättet är kul och vill engagera sig och utveckla, tänka kreativt och uppskatta att de inte behöver arbeta på samma sätt varje dag. Respondenten tycker också att personkemin är viktig, att den sökande passar in i gruppen. Verksamhetschef 3 tycker att olikheter i gruppen är en styrka, och anställer därför gärna en person med andra egenskaper än de som redan arbetar på vårdcentralen.

Personalen får i olika utsträckning gå på kompetensutvecklingsutbildningar. Respondenten har aldrig sagt nej till en ST-läkare som vill gå på utbildning, samt att distriktsläkare har kontinuerliga utbildningsdagar inom regionen. Vad gäller sjuksköterskorna får de utbildning inom det område de är specialiserade inom, exempelvis en diabetessköterska kan få gå en utbildning inom diabetes. De har också satsat på utbildningar i motiverande samtal, och triageutbildningar om man inte triagerat i telefon tidigare (intervju 2016-12-21).

### **5.2.3.4 Kulturstyrning**

Verksamhetschef 3 berättar att de hade en planeringsdag i december, och på denna lyftes företagskulturen. Värdegrunden som finns har regionen gått ut med. Region Skåne har ett värdegrundsspel, en kortlek där det står vardagshändelser och så får de sitta i grupper och diskutera utifrån det. Verksamhetschef 3 sitter precis innanför receptionen och hör alla möten i luckan, och betonar att bemötande (ett av orden i regionens värdegrund) kan vara väldigt svårt. Människorna som kommer till luckan och söker vård är oftast inte pigga och glada, utan oftast tvärtom. Det kan också vara väldigt svårt att prioritera mellan patienter, utifrån prioriteringslistan som finns. Äldre multisjuka hamnar väldigt högt upp, och det är inte de som skriker högst. Tvärtom är det ofta de friskaste som hörs och syns mest, och därför blir det lite motsägelsefullt. Det leder ofta till att verksamhetschef 3 och personalen får diskutera situationer som uppstått, och till stöd finns företagshälsovården som erbjuder samtalsstöd till de anställda (intervju 2016-12-21).



## 6. Analys

Beroende på vilket perspektiv som anläggs varierar vem som ses som huvudman och därmed också vem som bestämmer och bedriver styrningen. Denna uppsats analyserar styrning ur en vårdcentralers perspektiv men måste också ta i beaktande att styrning i detta fall, till viss del, bestäms ovanifrån. Det är Region Skåne som är ytterst ansvarig för att alla invånare i Skåne har tillgång till vård. Det är också Region Skåne som ställer upp ackrediteringsvillkor och dikterar krav för de vårdcentraler som får vara verksamma på vårdmarknaden. Krav och villkor är sedan kopplade till ersättningssystem som finansierar vårdcentralers verksamheter. Detta gör att vårdcentralerna i slutändan har begränsad möjlighet att bedriva styrning fritt utifrån respektive enhet.

### 6.1 Resultatstyrning

Resultatstyrning används för att kontrollera att anställdas beteenden ter sig på önskvärt vis för att resultera i önskvärt utfall. Då ersättningsmodellerna som finansierar verksamheterna sätts av Region Skåne, det vill säga sätts från högre instans än själva vårdcentralen, kan det tolkas som att resultatstyrningen till viss del ej bestäms av vårdcentralen självt. Även det balanserade styrkortet bestäms av Region Skåne genom divisionsledningen för division 5.

#### 6.1.1 Balanserat styrkort

Resultatstyrningen för de vårdcentraler som ingår i denna studie påverkas till stor del av det balanserade styrkort som gäller för vårdcentralerna inom division 5. Att sätta upp ett balanserat styrkort med olika mål skapar en tydlig bild av vilket resultat de olika vårdenheterna förväntas sträva efter. Styrkortet som innefattar fyra olika perspektiv; patient, verksamhet, medarbetare och ekonomi, utgör ett exempel på flerdimensionell styrning. Det innehåller således en blandning av finansiella och icke-finansiella mått, vilket enligt Kaplan och Norton (1996) även kännetecknar styrkort. Det tydligaste exemplet på ett finansiellt mått i division 5's styrkort finns i ekonomiperspektivet i form av ett budgetavvikelsemått. Eftersom några av målen dessutom är kopplade till den målrelaterade ersättningen och därmed betalas ut i monetära medel, exempelvis antibiotikamål, läkarkontinuitet och telefontillgänglighet, kan dess mått även klassificeras som finansiella. De icke-finansiella måtten utgörs bland annat av de basala hygien- och klädreglerna, sjukfrånvaron och "skrivet i fas".

Enligt Kaplan och Norton (1996) spelar ett företags strategi och vision stor roll för utformningen av styrkortet. Inom division 5 finns dock ingen specifik strategikarta som ligger till grund för utformningen av det aktuella styrkortet. Istället är det framför allt ackrediteringsvillkoren för Hälsovalet och de indikatorer som följs upp i dessa som ligger till grund för val av mått och mål. Trots det faktum att ingen strategikarta används gör vi tolkningen att ackrediteringsvillkoren är att betrakta som en uppsättning av regler och därmed också en strategi för hur vården skall bedrivas. Ax, Johansson och Kullvén (2009) menar att ett balanserat styrkort är ett sätt att kommunicera ett företags vision och strategi. Enligt divisionschef Karin Träff Nordström är syftet med det balanserade styrkortet att visa vilka områden som är prioriterade och vilka mål som är långsiktiga, vilket tyder på att det fungerar som ett kommunikationsmedel.

Det balanserade styrkortet för division 5's vårdcentraler fastställs av divisionsledningen efter dialog med verksamhetscheferna. Med så pass många enheter inom samma division uppstår dock meningsskiljaktigheter kring vilka mål som bör utformas. Exempelvis uttrycker verksamhetschef 3 viss frustration kring att inte kunna påverka utformningen av målen i den utsträckning som hade varit

ultimat just för vårdcentral 3. Denna åsikt går att koppla samman med verksamhetschef 2's resonemang om att det är viktigt att ta hänsyn till att alla enheter är olika och har olika förutsättningar.

### **6.1.2 Vårdcentralernas implementering av resultatstyrning**

Merchant och Van der Stede (2007) identifierar fyra steg som är nödvändiga för att implementera resultatstyrning.

#### **6.1.2.1 Steg 1**

*Det första steget* handlar om att identifiera vilka resultatdimensioner som är önskvärda, samt icke önskvärda, för organisationen. Steget är av stor betydelse eftersom de anställda informeras om var fokus bör ligga. Författarna nämner kundnöjdhet som ett exempel. Av denna studie framgår att division 5 utformar ett balanserat styrkort, där mål sätts inom olika områden. Dessa områden är att definiera som olika resultatdimensioner. Således styrs ej det första steget i implementeringen av resultatstyrningen av vårdcentralerna själva, utan sätts högre upp i hierarkin av division 5 och därmed ytterst av Region Skåne.

#### **6.1.2.2 Steg 2**

*Det andra steget* som Merchant och Van der Stede (2007) beskriver handlar om prestationsmätning. Genom att då ta dimensionerna i steg ett och bryta ned dem i mål kan mätning av målpåfyllelse genomföras, och således resultatstyrning. Vårdcentralerna i den här studien använder sig av mål på olika nivåer i verksamheten. Eftersom det finns ett balanserat styrkort som gäller för alla vårdcentraler inom division 5 (se bilaga 4) är det naturligt att alla våra respondenter givit uttryck för att de använder sig av detta styrmedel innehållande gemensamma mått och mål, vilket ytterligare stärker att resultatstyrningen sker ovanifrån. Verksamhetschef 2 poängterar att de följer de mål som gäller för den målrelaterade ersättningen och att de uppfyller de ackrediteringsvillkor som finns. Verksamhetschef 3 menar också att ackrediteringsvillkoren påverkar deras mål. Däremot verkar vårdcentralerna i liten omfattning ha möjlighet att bedriva egen resultatstyrning för respektive enhet. Vårdcentral 3 utmärker sig något genom att de valt att lyfta fram och särskilt fokusera på en del av målen i det balanserade styrkortet. Detta kan tolkas som ett sätt för verksamhetschef 3 att styra sin vårdcentral mot ett eget uppsatt resultat, även om det i grund och botten är ett resultat satt av Region Skåne som vårdcentralen valt att förstärka ytterligare.

Under intervjuerna med de olika verksamhetscheferna framkommer det i varierande utsträckning att de även sätter egna mål för deras vårdcentral. Verksamhetschef 2 ger endast uttryck för att deras mål är att nå upp till de resultat som är satta för alla vårdcentraler inom regionen. Vårdcentral 1 använder sig av en förbättrings- och förändringstavla för att sätta upp egna mål för sin vårdcentral. Personalen ges på så sätt möjlighet att komma med nya idéer och förslag till verksamheten som en ledningsgrupp sedan tittar närmare på och bestämmer vad som ska lyftas. Eftersom tavlan innehåller projekt som ska utföras av specifika personer till ett visst datum blir detta ett sätt att löpande sätta upp mål för deras vårdcentral. En liknande tavla används på Vårdcentral 3 där personalen kan skriva ner sina tankar och idéer som sedan tas upp i en utvecklingsgrupp för fortsatt planering. Verksamhetschef 3 exemplifierar även att ett av deras mål är att de vill jobba i team i större utsträckning, en målsättning som förhindras genom det nuvarande ersättningsystemet.

För att det andra steget i implementeringen av resultatstyrning skall lyckas krävs alltså att man följer upp målen för att kontrollera att önskad prestation uppfylls (Merchant och Van der Stede, 2007). Uppföljningen av målen i det balanserade styrkortet som gäller inom division 5 sker en gång i månaden. På så sätt får alla tre vårdcentraler månadsvis information om vad de presterat i förhållande till målen i styrkortet. På vårdcentral 3 arbetar de även med daglig uppföljning genom att de till exempel räknar antal hembesök manuellt och även tar fram siffror för telefontillgängligheten dagligen.

### **6.1.2.3 Steg 3**

Merchant och van der Stede (2007) påtalar i *ett tredje steg* att prestationsmålen kan öka motivationen bland de anställda och det gör det möjligt för de anställda att tolka sin egen prestation genom att jämföra utfall med uppsatta mål. Författarna menar att det sistnämnda även stödjer den återkoppling som ges till de anställda. Vår tolkning är således att det därmed kan vara betydelsefullt att kommunicera mål och resultat till berörd personal så att de har något att sträva efter.

På vårdcentral 1 kommuniceras målen till de anställda bland annat på arbetsplatsträffar och måndagsmöten. Det balanserade styrkortet, innehållande mål och resultat, finns även uppsatt på en tavla så att all personal kan ta del av det. Utmärkande resultat kommuniceras även i veckobrev på vårdcentral 1. Verksamhetschef 1 betonar också att deras förbättrings- och förändringstavla gör det möjligt för de anställda att ta del av vad de uppnått under året i form av färdiga projekt och hur betydelsefullt detta är. Arbetsplatsträffar används också på vårdcentral 2 för att kommunicera mål och för att diskutera hur de ligger till i förhållande till målen, likaså är månadsrapporten för det balanserade styrkortet tillgängligt för all personal på en tavla. Verksamhetschef 2 menar dock att intresset bland personalen varierar eftersom de ekonomiska modellerna kan vara svåra att förstå. Även verksamhetschef 3 påtalar att det endast är en bråkdel av personalen som är intresserade av det balanserade styrkortet, som även på vårdcentral 3 finns tillgängligt för alla att se. Enligt verksamhetschef 3 beror detta däremot på att personalen är mer intresserad av sitt eget område än hur det går för helheten. På vårdcentral 3 används även tavlan i "leanrummet" som ett kommunikationsmedel för mål och måloppfyllelse. På denna tavla har vårdcentralen skrivit upp de mål de särskilt fokuserar på i det balanserade styrkortet, men även andra mål såsom antal listade och ACG. För att tydliggöra om målen uppnåtts eller ej används färgerna grön och röd. Verksamhetschef 3 använder sig även av muntlig kommunikation genom att gå runt och prata med de anställda och närvara i fikarummet där all personal är samlad, men även internmail skickas ut. På vårdcentral 3 har de även diskuterat mål och ekonomin på särskilda planeringsdagar.

Verksamhetschef 2 och 3 informerar att de använder sig av olika produktivitetsnyckeltal för olika yrkeskategorier. Mål av denna karaktär, uppdelade för olika yrkeskategorier, tolkar vi som ett sätt att styra de anställda mot resultatet genom att låta dem själva utvärdera och tolka sin egen prestation. Genom produktivitetsnyckeltalen för respektive yrkeskategori mäts antal besök per dag som exempelvis läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor hinner med och målsättningen baseras på ett genomsnitt för primärvården. På vårdcentral 1 sätts också specifika mål för yrkeskategorier genom att exempelvis läkare, sjuksköterskor och sekreterare får olika uppdrag för att förbättra vissa områden. Verksamhetschef 3 berättar att det finns olika mål både för de olika yrkeskategorierna och för teamen. Personalen som har hand om vårdcentralens äldremottagning har till exempel specifika mål där de valt att fokusera mycket på att arbeta förebyggande genom att regelbundet kontakta de äldre patienterna.

Även produktionsnyckeltalen för antal besök följs upp kontinuerligt, en gång i månaden. Således går det att avläsa hur effektiva de olika yrkeskategorierna är, i förhållande till genomsnittet. Verksamhetschef 3 nämner att sjuksköterskornas produktivitet ser ut att vara väldigt låg eftersom systemet är väldigt läkarfixerat, eftersom sjuksköterskornas arbete inte alltid räknas som ett besök. Då målen för produktivetsnyckeltalen baseras på ett genomsnitt för hela Region Skåne och även jämförs inom regionen gör vi tolkningen att målen för denna typ av nyckeltal sätts centralt. Detta betyder att även i denna del av resultatstyrningen är Region Skåne högst involverade och vårdcentralerna som individuella enheter har liten möjlighet att styra vilket resultat som är önskvärt på egen hand.

#### **6.1.2.4 Steg 4**

*Det fjärde och sista steget* som Merchant och Van der Stede (2007) tar upp för att framgångsrikt lyckas implementera resultatkontroll handlar om belöningar och bestraffningar. Belöningar och bestraffningar av olika slag kan nämligen påverka de anställdas beteenden och bidra till måloppfyllelse.

På alla tre vårdcentraler används fika som belöning om mål uppfylls. Verksamhetschef 2 poängterar att det inte rör sig om något specifikt belöningssystem eller riktlinjer, utan mer spontana initiativ. Verksamhetschef 3 tar även upp möjligheten att premiera uppnådda personliga mål under lönesamtal. Verksamhetschef 2 berättar även att det skapas eget kapital om budgeten visar ett överskott. Pengarna får dock inte användas av vårdcentralen i fråga, utan de går till de vårdcentraler inom Region Skåne som istället saknar pengar.

Det framkommer inte att någon vårdcentral använder sig av direkta bestraffningar om mål inte uppfylls, istället framför alla verksamhetschefer att det tas upp till diskussion med berörda parter. Om de uppsatta målen för produktivetsnyckeltalen exempelvis inte uppnås diskuterar verksamhetschef 2 orsaken med respektive personal. Samma metodik används på vårdcentral 1 om målen inte uppnås där och de försöker då komma fram till hur de ska göra istället. Verksamhetschef 1 understryker att de inte lyckas med allt, men att det då blir en process som även uppmuntras och följs upp i veckobrev. Verksamhetschef 3 samtalar också med berörd personal för att få en motivering till varför målen inte uppfyllts, så att det inte orsakats av gammal vana eller för att de anställda inte bryr sig. Verksamhetschef 3 poängterar även att kollegor sinsemellan pratar med varandra och då säger ifrån om någon inte bidrar till att målen uppfylls. Verksamhetschef 2 berättar även om de riktlinjer som gäller då budgeten övertrasseras, nämligen att åtgärder vidtas om det sker tre år i rad. Verksamhetschef 2 menar dock att de besluten inte kan fattas av de själva utan det sker på högre nivå, därför aktualiseras besluten oftast inte utan de får enbart skäll för att ekonomin inte går ihop.

Även i det fjärde steget är det tydligt att resultatstyrningen sker ovanifrån. Visserligen kan respektive vårdcentral välja att belöna sin personal för uppfyllda prestationer, men prestationerna mäts genom ett system som Region Skåne har bestämt målen för. Vårdcentralerna har heller inget ekonomiskt belöningssystem där de kan använda exempelvis överskottet i en budget för att belöna personalen utan överskottet tillfaller Region Skåne som helhet.

### **6.1.3 Att lyckas med implementering av resultatstyrning**

Merchant och Van der Stede (2007) påpekar att resultatstyrning inte nödvändigtvis behöver vara effektivt trots att de fyra implementeringsstegen genomförts. Författarna belyser tre förutsättningar som behöver vara uppfyllda. Den första av dessa förutsättningar är att organisationen kan bestämma önskat resultat. I denna uppsats är denna förutsättning tvetydig och beroende på vems perspektiv som utgås ifrån. Region Skåne kan tolkas ha full kontroll över önskvärt resultat, vårdcentralen som individuell enhet kan tolkas ha oerhört begränsad kontroll. Det framgår att vårdcentralernas verksamhetschefer i samråd med högre instans sätter mål, bland annat genom det balanserade styrkortet. Vår tolkning är därför att vårdcentralerna har ett finger med i spelet, men knappast själva kan bestämma vilket resultat enheten i sig anser önskvärt.

De två ytterligare förutsättningar som krävs enligt Merchant och Van der Stede (2007) är att de anställdas förehavanden skall ha en signifikant inverkan på resultatet samt att resultaten kan mätas effektivt. Det har framgått av empiri att de anställda i hög grad kan påverka hur väl målen i det balanserade styrkortet uppnås. I styrkortet finns exempelvis ett mål gällande vårdcentralernas telefontillgänglighet, eftersom en sjuksköterska svarar i telefon har denne i högsta grad möjlighet att påverka utfallet av målet. Målen sätts av Region Skåne, och det är också de som följer upp enheternas prestationer. Mätningen blir således mycket effektiv eftersom regionen har möjlighet att jämföra alla enheters prestationer. Dessutom kräver mätningarna ingen subjektiv bedömning, utan målen i styrkortet är utformade på ett objektivt vis.

### **6.1.4 Resultatstyrning genom ersättningssystem**

Vårdcentralernas styrning påverkas till stor del av hur de ersätts för den vård de utför. Ersättningssystemet kan därmed anses utgöra en stor del av resultatstyrningen, eftersom Region Skåne bara ersätter förehavanden som går i linje med deras önskade utfall. Ett flertal forskare har studerat de effekter som kan uppstå av ersättningssystemen, däribland Lindgren (2014) och Anell (2010). I denna studie har även verksamhetscheferna bidragit med sina åsikter om Region Skånes nuvarande ersättningssystem.

#### **6.1.4.1 Kapitationsersättning och anslag**

Vid kapitationsersättning och anslag, även om anslag används i oerhört knapp utsträckning bland vårdcentraler, ligger hela den finansiella risken hos vårdcentralen som åtagit sig ett uppdrag till fast ersättning. Anell (2010) menar på att detta kan leda till underbehandling då vårdgivaren ej vill betala mer för behandlingen än vad de får i ersättning, även om detta kanske skulle vara nödvändigt för patientens åkomma. En underbehandling skulle kunna upplevas som försämrad vårdkvalitet för patienten. Vid upplevd försämring av vårdkvalitet fungerar dock Hälsoval Skåne med valfriheten för patienten att själv välja sin vårdgivare som en skyddsbarriär. Patienten kan, om denne ej är nöjd med sin vård, välja att lista sig vid en annan vårdenhet som bättre lever upp till patientens krav. Denna effekt är ett tänkbart scenario för Anell (2010) som för resonemanget att tillgänglighet av information om vårdgivarna gör att patienterna förflyttar sig om de inte är nöjda med sin kvalitet.

Lindgren (2014) finner att en ersättningsmodell i form av kapitationsersättning eller anslag kan leda till en negativ effekt i form av låg produktivitet. Låg produktivitet i detta fall kan tolkas vara samma sak som Anell (2010) menar med underbehandlingar. Lindgren (2014) menar att ersättningen ej ger upphov till incitament att producera mer vård till samma ersättning då detta skulle kunna generera sämre ersättning i framtiden.

Vad som framgår av båda effektstudierna är att det råder konkurrens mellan vårdcentralerna eftersom stor del av ersättningen följer patienten i dennes val av vårdenhet. Denna konkurrens kan anses som positiv då den förebygger patientselektion där vårdcentralen väljer "lätta patienter" före "svåra patienter", lätta och svåra i detta fall relaterar till vårdtyngd. Just vårdtyngd, ACG, är något som används för att justera ersättningen och undkomma detta problem vid beräkningar av ersättning till vårdcentralerna (Anell 2010, Lindgren 2014). Detta resonemang stärks av informationen från intervju med verksamhetschef 3. Verksamhetschefen uttryckte där en positiv åsikt gällande kopplingen mellan ersättningssystem och vårdtyngdsjustering. I respondentens värld är det en självklarhet att ersättningen skall vara högre ju sjukare patienten är, vilket är fallet i dagens system.

Nackdelen med justering utifrån exempelvis ACG är enligt Anell (2010) att det kan vara dyrt och resurskrävande. Detta är något som verksamhetschef 2 upplever. Verksamhetschef 2 menar att all typ av kontroll och egenkontroll bidrar till en hög administrativ belastning, en belastning som skall utföras av personal som idag redan har arbete så det räcker och blir över. Att som exempelvis läkare tackla en ökad administrativ börda strider enligt verksamhetschef 2 mot läkarens huvuduppdrag, som ändå får anses vara att bemöta och behandla patienter.

#### **6.1.4.2 Åtgärdsbaserad ersättning**

Verksamhetschef 3 berättar om ett klimat där incitament att skicka omkring patienten mellan olika yrkeskategorier finns, detta då det resulterar i mer ersättning. Vårdcentral 3 arbetar idag i akutteam bestående av flera professioner kring patienterna, en konstellation som endast genererar ersättning för läkarbesöket. Hade patienten istället besökt de olika yrkeskategorierna var för sig hade det resulterat i mer ersättning. Denna eventuella risk med att bolla omkring patienterna kan liknas vid vad Anell (2010) ser som effekt av åtgärdsbaserad ersättning, nämligen att det ger incitament till att utföra så mycket vård som möjligt. Även Lindgren (2014) stöder denna tes då även han belyser sambandet mellan åtgärdsbaserad ersättning och hög vårdproduktion. Incitamentet att skicka runt patienterna kan även liknas vid vad Lindgren (2014) kallar överutnyttjande av resurser.

Inom Region Skåne får vårdcentralerna ingen besöksersättning för listade individer. Om patienterna istället är listade vid en annan vårdcentral får vårdcentralen en besöksersättning som är densamma oavsett vilken yrkeskategori som besöks (Region Skåne, 2015a). Verksamhetschef 3 uttrycker trots det en negativ åsikt om ersättningssystemet då det anses vara alldeles för läkarfokuserat. Genom att flytta arbetsuppgifter från läkare till exempelvis undersköterskor kan nämligen ersättningen försvinna eftersom arbetet då kan anses vara förberedande inför ett läkarbesök, vilket innebär att det inte räknas som ett besök.

En annan rörlig ersättning som utgår till vårdcentraler i Hälsoval Skåne är ersättning för hembesök av läkare. Denna ersättning varierar i olika utsträckning beroende på om besöket är planerat samt huruvida det klassas som akut/prioriterat eller ej (Region Skåne, 2015a). Verksamhetschef 1 menar att denna ersättning är positiv då den bidragit till ett nytt fokus och en insikt i vad som är viktigt eftersom det tidigare slarvades med hembesök. Verksamhetschef 2 ser dock negativa saker med ersättningen för hembesök av läkare eftersom den inte beaktar faktorer såsom transportsträckor, vilket kan innebära att vårdcentralerna förlorar på besöken. Verksamhetschef 2 berättar också att ersättningssumman skiljer åt beroende på om besöket klassificeras som akut eller ej och säger att "alla former av ersättningar det ger ju tankar i huvudet på folk; hur kan man använda systemet? [...] nu säger jag inte att vi sitter och planerar för det, men risken finns ju att man plötsligt tänker; ja men kan

vi göra detta till akut istället?” (Verksamhetschef 2, intervju 2016-12-20). Det kan tolkas som ett incitament att manipulera, inte det administrativa som Lindgren (2014) nämner, utan manipulation av arbetsuppgifter för att få ut så mycket ersättning som möjligt.

#### **6.1.4.3 Målrelaterad ersättning**

De risker, negativa effekter, som finns relaterade till anslag, kapitationsersättning och åtgärdsbaserad ersättning kan i viss mån undvikas. Ett sätt att undvika dem är att koppla dem samman med även en målrelaterad ersättning. Detta gäller i synnerhet negativa effekter på service och kvalitet. Både Lindgren (2014) och Anell (2010) gör denna koppling. De menar att genom målrelaterad ersättning kan vårdenheterna styras genom positiv förstärkning (enheten får ersättning) eller negativ förstärkning (enheten får ingen ersättning). Detta resulterar i att den positiva förstärkningen premierar önskvärt beteende och bidrar därmed till en ökad kvalitet på vården för patienten.

Det har framgått av intervjuerna med verksamhetscheferna att de uttrycker främst negativa åsikter om den målrelaterade ersättningen, även om positiva åsikter förekommer. Verksamhetschef 1 anser till exempel att den målrelaterade ersättningen är aningen för detaljstyrd, där respondenten hellre hade sett att ersättningsmodellen var av mer övergripande karaktär. Även verksamhetschef 2 menar att ersättningsmodellerna, generellt sett, hade gagnats av att respektive enhet hade en administrativ person eller rent av en ekonom som kunde utreda dessa frågor och vara språkrör mot politikerna som bestämmer. Verksamhetschef 2 är också tydlig i sin åsikt om att hänsyn måste tas till de olikheter som finns mellan vårdcentralerna i Region Skåne. Tas inte beaktning till alla variabler och att det kan finnas rimliga förklaringar till varför resultat och måluppfyllelse skiljer sig åt mellan verksamheterna kanske ett sådant ersättningssystem inte är optimalt. Detta kan tolkas som att den målrelaterade ersättningen, och ersättningen generellt, behöver utformas med bättre hänsyn till att ingen vårdcentral är den andre lik.

Verksamhetschef 2 anser inte heller att den målrelaterade ersättningen som är kopplad till telefontillgänglighet är optimal. Respondenten menar att det krävs en oerhörd kompetens för att triagering via telefon skall kunna genomföras på efterfrågad nivå och att det fysiska mötet borde värderas högre om man ser det utifrån patientens perspektiv. Verksamhetschef 3 ser det istället som en positiv aspekt att ersättningssystemet uppmuntrar till att arbeta mer med telefon och videosamtal och hade gärna föredragit ännu mer digitalisering på vårdcentralerna.

## **6.2 Styrmedel för att uppnå satta resultat**

Eftersom vårdcentralerna har begränsad möjlighet att själva genom resultatstyrning påverka resultatdimensionerna, blir övriga styrtyper som Merchant och Van der Stede beskriver viktiga medel för att nå upp till Region Skånes önskade resultat. Vi gör därför tolkningen att handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning går att applicera, från vårdcentralens sida, som vägar och hjälpmedel att bedriva resultatstyrning och därmed vägar att nå upp till (av Region Skåne) önskat utfall. Detta eftersom de tre övriga styrtyperna är styrning vars aspekter kan kontrolleras och genomföras på vårdcentralerna som individuella enheter och ej styrs från ovan på ett lika markant sätt som resultatstyrningen.

### **6.2.1 Handlingsstyrning**

Handlingsstyrning presenteras av Merchant och Van der Stede (2007) som ett sätt för organisationen att kontrollera att anställda utför handlingar som är önskvärda. Handlingsstyrning är effektivt när chefer vet vilka handlingar som är önskvärda, vilket cheferna på alla tre vårdcentralerna är medvetna om. Det balanserade styrkortet finns i alla organisationer, och påverkar indirekt alla handlingar som utförs på vårdcentralerna. Alla vårdcentraler är också ackrediterade och får ersättning av Region Skåne. Eftersom det balanserade styrkortet och ersättningen är en grundpelare i verksamheterna påverkar de också alla handlingar som utförs. Enligt Merchant och van der Stede (2007) delas handlingsstyrningen in i fyra former; beteenderestriktioner, förebyggande granskning, ansvarsskyldighet för handlingar och övertalighet. Av de fyra är ansvarsskyldighet för handlingar mest aktuellt för vårdcentralerna, och således kommer det att stå i fokus. För att implementera ansvarsskyldighet för handlingar krävs enligt Merchant och Van der Stede (2007) till en början att definiera vilka handlingar som är accepterade respektive icke accepterade, följt av att definitionerna ska kommuniceras till de anställda. Därefter är det viktigt att observera eller spåra handlingarna som de anställda utför. Slutligen belönas bra handlingar, och handlingar som inte är accepterade straffas.

Vilka handlingar som är accepterade respektive icke accepterade nämner inte någon av verksamhetscheferna under intervjuerna. Vi antar att det beror på att arbetet på en vårdcentral i det stora hela går ut på att bemöta patienter på ett humant sätt och tillgodose deras behov. Eftersom merparten av personalen på en vårdcentral genomgår en utbildning som resulterar i en yrkeslegitimation bedöms personalen veta vilka handlingar som är accepterade i deras yrkesroll. Hur patientens behov tillgodoses är självklart individuellt, däremot finns det undersökningar som görs vid särskilda hälsotillstånd, som personalen har med sig från sin utbildning. Att kolla en person med halsont i halsen blir därför underförstått en accepterad handling. Hade läkaren däremot beställt en röntgen för benet, hade det varit en icke-accepterad handling.

#### **6.2.1.1 Kommunikation av arbetsuppgifter**

Enligt Merchant och Van der Stede (2007) kan kommunikationen av hur de anställda förväntas agera ske på två olika sätt, antingen administrativt eller socialt. I kategorin administrativ kommunikation finner vi regler, checklistor och rutiner. Gemensamt för alla tre vårdcentralerna är att de använder sig av checklistor och rutiner. Verksamhetschef 2 nämner att rutinerna avseende triagering uppdateras kontinuerligt, medan verksamhetschef 3 säger att många av deras rutiner inte uppdaterats på väldigt länge eftersom personalen jobbar på av erfarenhet. Dock finns det tydliga rutiner på vårdcentral 3 gällande läkarnas diktering. Verksamhetschef 3 berättar också att deras egna mål är att jobba i team i större utsträckning, och för det arbetet finns tydliga rutiner som beskriver exakt vad varje yrkesgrupp ska göra. Om de tydliga rutinerna beror på att teamarbetet är ett eget uppsatt mål på vårdcentralen, och att intresset därför är större, är utanför vår vetskap. Det är också möjligt att rutinerna är tydliga och välutvecklade just eftersom målet är nytt, och därför stått i rampljuset. Precis som Merchant och Van der Stede (2007) betonar behöver inte kommunikationen ske skriftligt, det kan också ske under exempelvis möten. Alla tre verksamhetschefer berättar att de kontinuerligt har möten, både med alla i arbetsgruppen och utvecklingssamtal med enskilda individer, där bland annat mål och hur de ska uppnå målen tas upp. Verksamhetschef 1 använder sig även av veckobrev för att kommunicera med personalen om mål, måluppfyllelse och det dagliga arbetet. Verksamhetschef 3 berättar att hon dels går runt mycket bland personalen och samtalar med dem, men också använder fikarummet i stor utsträckning för att kommunicera.



### **6.2.1.2 Uppföljning av utförda arbetsuppgifter**

För att spåra handlingar finns ett flertal tillvägagångssätt. De kan bli observerade genom direkt övervakning, det vill säga att någon ser precis vad de gör. Det finns också direkta bevis, exempelvis rapporter eller dokumentation (Merchant & Van der Stede, 2007). På en vårdcentral är det svårt för de anställda att gömma sig. En läkare dikterar efter varje besök, och journalhandlingarna blir en väldigt tydlig dokumentation. På vårdcentral 3 görs kontroll av arbetsuppgifter kontinuerligt, och för närvarande är det just journalföring som är uppe för granskning. Är det något som går fel, eller innebär en uppenbar risk för att något hade kunnat gå fel, hanteras det noga. För denna typ av händelser använder personalen på vårdcentralerna AvIC för att registrera avvikelser. I AvIC registreras alla avvikelser och går igenom av chefer, som sedan beslutar om någon åtgärd krävs. Exempel på åtgärd skulle kunna vara att ta upp det med berörd personal för att undvika att en avvikelse av liknande slag inträffar igen. Både verksamhetschef 1 och 2 poängterar att AvIC och avvikelserna inte är ämnade att "hänga ut någon" eller "skälla på folk", utan att det är ett sätt att hantera och utreda vad som skett och hur man kan göra annorlunda så att det inte upprepas. Är en patient missnöjd kan denne vända sig direkt till verksamhetschefen för att göra en avvikelse, alternativt vända sig till Patientnämnden. Sker det allvarliga fel granskas det både av IVO och Socialstyrelsen, och kan slutligen leda till en Lex Maria anmälan. Verksamhetschef 3 har aldrig någonsin varit med om att någon förlorat sin legitimation pga misskött arbetsuppgifter, idag krävs det dessutom en polisanmälan för att bli av med legitimationen. Hon säger också att bristen brukar ses som ett systemfel, det är alltså inte en speciell individ som orsakat bristen utan exempelvis stress eller brist på utbildning.

Det är vanligt att implementera handlingsstyrning med negativ förstärkning, det vill säga att handlingarna är mer förknippade till straff än till belöningar (Merchant & Van der Stede, 2007). Önskad handlingar finns i olika styrkor. Begås allvarliga fel kan det leda till olika typer av åtgärder, och om en polisanmälan görs kan till och med legitimationen fråntas. Det fungerar på samma sätt på alla tre vårdcentralerna. Alla tre verksamhetscheferna berättar att de belönar sina anställda när de gjort något bra, med exempelvis fika. Verksamhetschef 1 berättar också att de nämner på måndagsmötet om de lyckats uppnå ett av målen i styrkortet. På vårdcentral 1 och 3 har de tavlor där de anställda kan skriva upp idéer de har, exempelvis diabetesskola. De har också kontinuerliga möten där idéerna tas upp, och de som är genomförbara väljs ut. När projekten är klara fylls de i en särskild ruta på tavlan, vilket verksamhetschef 1 säger blir en typ av erkännande för personalen att de faktiskt gör något bra. Tavlorna används alltså som redskap både för att belöna önskvärda handlingar men också som kommunikationsmedel. Merchant och Van der Stede belyser ett problem där personal upplever att det mest finns straff och att de aldrig får höra att de gör något bra, vilket motverkas just genom tavlorna.

### **6.2.1.3 Legitimationer**

För att arbeta med ett yrke som har en skyddad yrkestitel krävs en legitimation. På vårdcentraler är de flesta yrkestitlar skyddade, och således krävs att de anställda har en giltig legitimation. Eftersom kravet finns, kontrolleras redan i rekryteringsprocessen att den sökande innehar en legitimation. Legitimationen fungerar som ett bevis för att den anställde besitter den kompetens som krävs för arbetet, eftersom Socialstyrelsen inte utfärdar den utan godkända kurser. Samtliga intervjuade verksamhetschefer bekräftar att de räknar med att den anställde utifrån sin legitimation agerar korrekt och fattar rätt beslut. Som tidigare nämnts ovan berättar verksamhetschef 2 att det inte finns tydliga rutiner för hur de anställda ska agera, utan de förväntas kunna det efter avslutad utbildning. På vårdcentral 1 finns det inte heller rutiner för vad läkare ska göra i ett visst patientmöte, vilket

verksamhetschef 1 förklarar enligt följande: "Därför att de har ju en egen legitimation, de leder sitt eget arbete" (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07). Det är alltså inte verksamhetschefens uppgift att berätta att ett visst sjukdomstillstånd ska behandlas på ett visst sätt, vilket verksamhetschef 1 menar kan bli problematiskt då patienter är missnöjda och kontaktar verksamhetschefen angående sitt läkarmöte.

### **6.2.2 Personalstyrning**

Merchant och Van der Stede (2007) betonar vikten av att ledningen i en organisation kan delegera arbetsuppgifter, samt kan förlita sig på att personalen utför sina arbetsuppgifter på ett korrekt sätt. Givet att förutsättningarna för att utföra ett korrekt arbete finns, kan den anställde kontrollera och motiverar sig själva. För att uppfylla de förväntningarna som finns på de anställda är en viktig del av organisationens styrning att rekrytera kompetent personal, samt fortbilda befintlig personal.

#### **6.2.2.1 Rekryteringsprocessen**

Gemensamt för samtliga tre vårdcentraler som ingår i den här studien är att de måste förhålla sig till samma rekryteringssystem. Chefer på respektive vårdcentral kan inte enväldigt bestämma varken när någon ska anställas, eller vem som ska anställas. Däremot delar alla tre intervjuade verksamhetschefer uppfattningen om att de i viss mån kan styra vem som anställs genom kravprofiler och anställningsintervjuer. Av genomförd intervju med verksamhetschef 3 framgår att den legala aspekten är viktig. En i Sverige giltig legitimation är ett krav för att utöva en profession med skyddad titel, exempelvis läkare eller sjuksköterska. Verksamhetschef 2 bekräftar verksamhetschef 3 utlåtande. Verksamhetschef två uttrycker även en personlig åsikt om ett helhetsperspektiv, där personalen inte enbart ser till sin egen yrkesbefattning utan har ett bredare perspektiv som går utanför ramen för sin egen profession. Vårdcentralerna tillåts alltså genom rekryteringsprocessen att styra sin personal i önskvärd riktning.

#### **6.2.2.2 Fortbildningar/Kompetensutveckling**

Merchant och Van der Stede (2007) framhåller vikten av utbildning av anställda inom organisationen, för att motivera de anställda att utföra sina arbetsuppgifter enligt organisationens önskemål även efter en tid av samma arbete. På samtliga tre vårdcentraler i vår studie, erbjuds personalen kompetensutveckling som Region Skåne tillhandahåller. Verksamhetschef 1 säger dock "frågar du personalen i vissa kategorier skulle de nog säga att vi får aldrig gå på utbildning" (Verksamhetschef 1, intervju 2016-12-07). Den åsikten stöds dock inte av någon tillfrågad verksamhetschef i den här studien. Verksamhetschef 2 menar snarare att Region Skåne är frikostiga med möjligheter till kompetensutveckling, något verksamhetschef 1 delvis håller med om men samtidigt menar att utbudet av utbildningar varierar beroende på yrkeskategori. Vidare framgår av intervjuer med samtliga verksamhetschefer att medarbetarna själva söker fram de utbildningar de önskar delta i.

Verksamhetschef 1 menar att det inför varje medarbetarsamtal läggs en utvecklingsplan där eventuella krav från ledningen på utökad kompetens hos den anställde framgår, däremot är det upp till respektive anställd att leta upp en utbildning där denna kompetens kan hämtas. Av intervju med verksamhetschef 2 framgår också att det som i slutändan styr är pengar, och huruvida årets budget klarar av att skicka personalen på utbildning eller ej. Vi finner det intressant att utbildning är ett styrmedel när de anställda själva väljer vad de vill läsa. Att själv få välja vilken utbildning som är passande tror vi ofta blir en ytterligare motivation och uppmuntran till självkontroll, men kan också ses som att det snarare är personalen som styr istället för ledningen. Dock är det viktigt att ha i

beaktelse att pengar spelar en stor roll, och därav blir inte personalens styrkraft lika kraftig som den hade varit ifall inga budgetrestriktioner existerat.

### **6.2.3 Kulturstyrning**

Enligt Merchant och Van der Stede (2007) går det att styra en organisation genom att skapa en gemensamhetskänsla inom organisationen. Känslan av gemensamhet gör att ömsesidig övervakning uppmuntras, där grupptricket styr hur personalen agerar. Organisationskulturen behöver varken vara nedskreven eller uttalad, men framgår genom exempelvis gemensamma normer och värderingar på en arbetsplats. Om personalen enas i en känsla av gemenskap med tydliga värderingar och mål, kan kultur vara ett kraftfullt styrverktyg för att få personalen att förstå vad som förväntas av dem, trots avsaknad av specifika regler.

#### **6.2.3.1 Gemensam värdegrund**

Region Skåne har fyra stycken ledord; välkomnande, drivande, omtanke och respekt. Då alla vårdcentraler i vår undersökning är ackrediterade och således uppfyller Region Skånes krav, gäller Region Skånes ledord även för dem. Genom att arbeta med ledorden skapas en enhetlig organisationskultur för Region Skåne, en kultur som sedan genomsyrar och når även vårdcentralerna trots att de är små beståndsdelar av organisationen. Av intervju med verksamhetschef 1 framgick att ledorden är något som kommuniceras och diskuteras redan vid anställningsintervjuer, allt för att uppnå önskad kultur. Verksamhetschef 2 menar att personalen på vårdcentral 2 har god gemenskap och arbetar efter gemensamma värderingar. Däremot har vårdcentralen inte brutit ned Region Skånes ledord till någon gemensam värdegrund för just deras vårdcentral, och således ej heller arbetat vidare med den för att lyckas stärka kulturen. Vårdcentral 3 har däremot arbetat i stor utsträckning med den gemensamma värdegrunden. Verksamhetschef 3 berättar att Region Skåne tillhandahåller ett värdegrundsspel där personalen kan arbeta med värdegrundsfrågor i olika vardagssituationer. Vi identifierar ett tydligt arbete kring att försöka skapa en gemensamhetskänsla utifrån Region Skånes riktlinjer på respektive vårdcentral. Den önskvärda kulturen får sedan ytterligare genomslag genom att verksamhetscheferna aktivt använder sig av belöningar som gäller hela personalen när de presterat bra, exempelvis tårta när målen uppfylls.

## 7. Slutsats

För att återkoppla till den fråga som inledningsvis ställdes i denna uppsats, "Så hur styrs egentligen en vårdcentral?" kan vi konstatera att det för offentligt drivna vårdcentraler inom Region Skåne inte skiljer sig åt i större utsträckning gällande styrning. Vi har funnit att den övergripande styrformen som används på vårdcentralerna är resultatstyrning, samt att denna typ av styrning ter sig relativt likadan oavsett enhet. Det går att se styrning på en vårdcentral på två sätt. Antingen styrs vårdcentralen av en utomstående part, i detta fall Region Skåne, alternativt styr vårdcentralen sig själv och sin egen enhet.

Resultatstyrningen framkommer tydligast med Region Skåne som utgångspunkt. Det är Region Skåne som sätter ramarna för ersättningssystem och ackrediteringsvillkor. Det är också Region Skånes vision och strategi som ligger till grund för det balanserade styrkort som utformas av, och används inom, division 5. Region Skånes resultatstyrning är därför att betrakta som effektivt implementerad i organisationen. Om fokus istället förflyttas till vårdcentralens perspektiv har den, i egenskap av individuell enhet, oerhört begränsad möjlighet att utföra resultatstyrning. Till viss del är det möjligt att fokusera på olika mål som finns inom styrkortet och därmed tolka det som en vag variant av resultatstyrning, men det är fortfarande mål som satts av en högre instans. Generellt sett kan det alltså konstateras att styrning av en vårdcentral framgår på olika sätt beroende på vems perspektiv som står i fokus.

Då resultatstyrningen för vårdcentralen som individuell enhet är så pass begränsad att utföra, blir övriga styrtyper som Merchant och Van der Stede beskriver viktiga. Vi ser dessa styrtyper som medel för vårdcentralerna att nå upp till det resultat som Region Skåne genom sin resultatstyrning kräver. Handlingsstyrning, personalstyrning och kulturstyrning är styrtyper vårdcentralerna själva i större omfattning kan påverka och besluta kring. Det har dock visat sig att offentligt drivna vårdcentraler även här ter sig relativt lika. Detta beror troligtvis på att många av de medel som används inom respektive styrtyp är kopplade till det balanserade styrkortet och därmed indirekt till resultatstyrningen. Att påverka handlingar i önskvärd riktning kan en verksamhetschef göra på olika sätt, men då handlingar i önskvärd riktning för de studerade vårdcentralerna innebär att nå upp till ersättningskrav och mål satta av Region Skåne är de gemensamma för hela organisationen. Därmed minimeras möjligheten att bedriva handlingsstyrning på ett unikt sätt för vårdcentralen som individuell enhet. Olikheter i handlingsstyrning mellan de vårdcentraler vi undersökt framkommer därför i mindre omfattande grad och gäller främst hur kommunikation av arbetsuppgifter utförs. Hur personal på en vårdcentral förväntas handla i olika situationer är också till viss del givet av den legitimation som föreliggande utbildning resulterat i, vilket förklarar varför skillnaderna ej är mer särpräglade. Det är också givet vilka åtgärder som skall ske som påföljd av avvikelser från önskvärdt handlande, exempelvis använder sig alla tre vårdcentralerna av avvikelserapporteringsprogrammet AvIC.

Vår undersökning visar också att personalstyrningen sker på liknande sätt oberoende av vilken vårdcentral som undersöks. Bland annat sker rekrytering på samma vis för alla enheterna. Alla tre vårdcentraler erbjuder också utbildning till sin personal, utbildning som Region Skåne tillhandahåller, vilket innebär att utbildningsmöjligheterna är likvärdiga. Kulturstyrningen i sin tur är också relativt enhetlig oberoende av vilken vårdcentral som studeras. Alla vårdcentralerna arbetar utifrån Region Skånes värdegrund, även om arbetet med värdegrunden kan ske på olika sätt.

Något vi finner intressant är att styrningen inte skiljer sig åt beroende på om vårdcentralen har ett över- eller underskott i lagd budget. Det beror troligtvis på att vårdcentralerna i denna undersökning är offentligt drivna och därmed finansierade av landsting genom skattemedel. Det blir därför av större intresse huruvida Region Skåne som helhet går med över- eller underskott i budgeten, något denna uppsats ej behandlat.

Vår slutsats är således att, trots det faktum att det är tre olika vårdcentraler som har studerats, så skiljer sig styrningen ej åt i nämnvärd omfattning. Detta menar vi har sin grund i att det är tre offentliga vårdcentraler inom samma region som undersökts.

## **7.1 Slutdiskussion**

Resultatet var oväntat. I det initiala skedet av arbetet med denna uppsats hade vi förväntat oss mer markanta skillnader mellan vårdcentralerna. Trots det faktum att vårdcentralerna tillhör samma organisation samt region hade vi en uppfattning om att styrningen var mer påverkbar på ett individuellt plan. Denna studie innefattar en jämförelse av tre offentligt drivna vårdcentraler. Forskningsdesignen har således varit en komparativ studie med avsikt att studera skillnader och likheter vårdcentralerna emellan. Grundtanken med en komparativ studie är att kunna belysa likheter och olikheter, något som ytterligare stärker känslan av att resultatet ej var väntat, eftersom vi funnit betydligt fler likheter än skillnader mellan vårdcentralerna. Värt att påpeka är också att i den mån vi funnit skillnader, som exempelvis att två av vårdcentralerna arbetar med produktivitetsnyckeltal för olika yrkeskategorier, är att vi inte kan utesluta att även den tredje verksamheten arbetar med denna typ av nyckeltal. Det är möjligt att den informationen helt enkelt ej har kommit på tal under de intervjuer vi genomfört. Vi ser det som högst troligt att även den vårdcentral som ej nämnt detta under intervjun arbetar med detta eftersom dessa nyckeltal, som så mycket annat, bestäms och mäts av Region Skåne. Detta tankesätt måste genomsyra i princip alla de olikheter vi funnit, då den mänskliga faktorn varit inblandad i samtliga intervjuer eftersom respondenternas svarsmöjligheter varit öppna i relation till de frågor som ställts. Vid olika intervjuer har olika ämnen berörts i olika omfattning, något som i allra högsta grad är tänkbart ha påverkat vilken information som går att utläsa från respektive intervju.

Istället för att diskutera vad som eventuellt skiljer sig åt mellan enheterna kommer denna diskussion att riktas in på vilka eventuella möjligheter och hinder som finns för styrning på enheter av detta slag.

### **7.1.1 Möjligheter och hinder för styrning**

Resultatet av denna studie visar att styrning av vårdcentraler framförallt bedrivs från högre instanser inom Region Skåne. Från vårdcentralernas perspektiv kan det ses som ett hinder för styrning då de endast har möjlighet att röra sig inom de ramar som Region Skåne fastställt. Möjligheterna hade givetvis varit större om Region Skåne inte dikterat marknadens spelregler på detta vis, men frågan är då vilka konsekvenser det hade medfört. Om Region Skåne inte dikterat är ett tänkbart scenario att mängder av privata vårdbolag dykt upp eftersom det då skulle varit tillåtet med pris konkurrens på marknaden. Den stora skillnaden blir då att de bolagen hade krävt ett vinstsyfte för att bedriva sin verksamhet, vilket skulle ha resulterat i skyhöga priser för patienterna. Hade priserna stigit hade många av patienterna inte haft råd att söka vård, vilket vore otänkbart inom ramen för vårt välfärdssystem. I dagsläget spelar det ingen roll om respektive vårdcentral inom Region Skåne går med under- eller överskott, utan det är Region Skåne i stort som räknas. Om en vårdcentral går med förlust tas istället pengar från en som går med vinst. Hade situationen varit annorlunda, och varje vinst eller

förlust stannat vid respektive vårdcentralen, hade det resulterat i att två av vårdcentralerna i vår studie slutligen tvingats läggas ner på grund av kontinuerliga underskott. Vi tror också att styrningen hade varit annorlunda om det funnits möjlighet att gå med vinst. Hade det funnits en vinstmöjlighet på varje vårdcentral, och vinsten hade stannat hos respektive vårdcentral, hade det blivit ett incitament för verksamhetscheferna att styra i ännu större omfattning eftersom resultatstyrning istället skulle hamnat på enhetsnivå.

På vårdcentraler begränsas också verksamhetschefens möjlighet att styra personalen eftersom de flesta yrkestitlar kräver legitimation, vilket innebär att de i stor utsträckning styr sitt eget arbete. Personalen förväntas arbeta självständigt och korrekt efter avslutad utbildning och utfärdad legitimation. Trots det är det verksamhetscheferna som ofta får stå till svars när patienter är missnöjda och kommer med klagomål. Situationen blir problematisk eftersom verksamhetschefen enbart kan hänvisa till att personalen gjort en korrekt bedömning utifrån sin legitimation, men kan hänvisa patienten till Patientnämnden om denna vill göra ett klagomål.

Verksamhetscheferna som intervjuats i den här uppsatsen har olika utbildningsbakgrund, något som kan påverka styrningen på olika sätt. De verksamhetschefer som har arbetat som sjuksköterskor ger uttryck för ett större fokus på patienten och situationen kring denne. Verksamhetschefen med bakgrund som statsvetare uppvisar en större betoning på ekonomi och styrning, och ett mindre fokus kring patienten. Om det egentligen beror på utbildning är omöjligt att veta, och därför låter vi det vara osagt. Däremot tror vi att möjligheten finns att deras olika fokus inom organisationen till viss del påverkar deras syn på styrning. I dagsläget tar ersättningssystemet en väldigt stor plats i styrningen och därför krävs medvetenhet om ekonomi.

### **7.1.2 Etik och moral**

Den här uppsatsen har inte behandlat styrning ur ett etiskt perspektiv, utan det etiska perspektivet har fått stå tillbaka till följd av vår fokusering på det ekonomiska perspektivet. Vi är dock medvetna om att etik är en viktig del att beakta, inte minst med tanke på att personal på vårdcentraler kan ställas inför val mellan vad som är etiskt korrekt och vad som är ekonomiskt försvarbart. Dagens ersättningssystem ger mer pengar desto fler och allvarigare diagnoser som sätts, vilket riskerar att ställa läkaren inför ett moraliskt dilemma. Radio P4's inslag ger ett exempel på detta där läkaren sätter en astmadiagnos på ett barn vilket ger vårdcentralen mer pengar. Barnet kommer däremot få svårare att skaffa en sjukförsäkring i vuxen ålder. Ett annat exempel är den fasta ersättningen, som kan generera en negativ effekt i form av underbehandling, vilket innebär att motiverade åtgärder inte genomförs för att lyckas minska vårdcentralens kostnader. Trots att ersättningssystemen och etiken hamnar i motsättning tror vi att läkare utbildar sig till läkare för att göra gott och hjälpa sina medmänniskor. Vi tror att läkaren hamnar i kläm mellan att verka för sina medmänniskor, och att tjäna pengar till vårdcentralen. Det finns en möjlighet att den etiska aspekten av styrning hade framträtt tydligare i vår studie om vi istället för verksamhetschefer valt att intervjua flera olika yrkeskategorier på vårdcentralerna.

Avslutningsvis kan tilläggas att vår åsikt är att det behöver hittas en mer tydlig "gyllene medelväg" mellan olika professioner och ekonomiska incitament när det kommer till styrning. En läkare måste tillåtas vara en läkare med patientens bästa i fokus, samtidigt som detta måste samspela med de allt mer omfattande ekonomiska krav som ställs.

## 7.2 Metoddiskussion

### 7.2.1 Studiens trovärdighet

Reliabilitet är ett begrepp som syftar till att undersöka om undersökningen som gjorts blivit likadan om den upprepas (Bryman & Bell, 2013). Författarna hänvisar till forskning gjord av LeCompte och Goetz, vilka skiljer på intern och extern reliabilitet. Extern reliabilitet fokuserar på den sociala miljö som undersökningen sker i. En kvalitativ undersökning är svår att göra om likadant eftersom den sociala miljön hela tiden ändrar sig, det är omöjligt att frysa. Enligt författarna handlar den interna reliabiliteten om hur gruppmedlemmarna tolkar vad de ser och hör, deras tolkningar ska överensstämma med varandra. Vi hade aldrig lyckats göra om undersökningen med samma resultat, eftersom den sociala miljön precis som författarna säger ändras konstant. Hade vi valt att göra om undersökningen idag hade vi antagligen fått liknande resultat, men inte likadana. Den externa reliabiliteten är således varken stark eller svag. Den interna validiteten har vi arbetat väldigt mycket med inom gruppen, vi har lyssnat på intervjuerna tillsammans och pratat igenom alla delar så att vi tolkar dem likadant.

Validitet handlar om mätningens kvalitet, och vad som egentligen mäts i undersökningen. Även validitet delas upp i två kategorier, intern och extern (LeCompte & Goetz 1982, återgivet i Bryman & Bell, 2013). Författarna säger att "extern validitet rör den utsträckning i vilken resultaten kan generaliseras till andra sociala miljöer och situationer" (LeCompte & Goetz 1982, återgivet i Bryman & Bell 2013 s.401). Det är svårt för oss att veta om resultaten hade blivit likadant i andra miljöer. Det är mycket möjligt att intervjuobjekten uttalar sig som de gör på grund av att de är med i en intervju, och inte uttryckt sig likadant i en annan miljö. Vi vet inte heller om de enskilda intervjuobjektens åsikter sticker ut ur mängden jämfört med andra verksamhetschefer på vårdcentraler, däremot tror vi att det är en stor möjlighet att de har liknande åsikter eftersom alla går under Region Skånes balanserade styrkort och ersättningssystem. Den inre validiteten handlar till stor del om medlemmarna i forskarlaget, om det finns en överensstämmelse mellan den teori som använts och forskarnas observationer. I vår studie har vi funnit stor överensstämmelse mellan teorin och våra observationer. Frågor som rör ersättningssystem var däremot svåra att fråga eftersom de är känsliga, och därför fick vi vinkla det för att få ut som mycket som möjligt. Vi hade dock önskat att vi delgivits mer information.

#### 7.2.1.1 Kritik mot metodval

I uppsatsen valde vi att göra en komparativ studie mellan tre vårdcentraler, en så kallad multipel fallstudie. Hade vi istället valt att studera endast en vårdcentral är det möjligt att vi kunnat hämta djupare och mer användbar information och således göra en starkare analys. Informationen vi fick ta del av från intervjuerna är i stor del tunn och "på ytan". Vi hade också kunnat studera och göra en jämförelse mellan en offentlig och en privat vårdcentral, för att eventuellt hitta större skillnader.

#### 7.2.1.2 Kritik mot val av datainsamlingsmetoder

I vår studie består vår primärdata av intervjuer med verksamhetschefer på de tre vårdcentralerna. Vi tror att det finns nackdelar av att enbart ha valt chefer, och inga andra yrkeskategorierna, och tror att det hade gynnat oss att intervjua andra yrkeskategorier på vårdcentralerna. Hade vi intervjuat personalen hade vi fått deras synvinkel på styrningen, medan vi idag enbart har chefernas bild. Uppsatsen är således vinklad utifrån en verksamhetschefs perspektiv.

Under intervjuerna märkte vi även svårigheter med att fråga om effekter av ersättningsystemet, eftersom det är en väldigt känslig fråga. Istället fick vi fråga vad verksamhetscheferna upplever som positivt och negativt med systemet, och analysen innehåller därmed en blandning av de två. Hade vi lyckats fråga om effekterna hade analysen haft ett annat djup, och vi hade kunnat tolka empirin enklare.

Vi valde att använda oss av Merchant och Van der Stedes teori om styrning, eftersom vi lätt kunde applicera den på vårt syfte och problem. Efter hand upptäckte vi dock svårigheter med att hålla isär de olika typerna av styrning, eftersom de i många fall flyter in i varandra. När vi därefter samlat ihop vårt empiriska material märkte vi ännu större svårigheter med att särskilja styrtyperna. Exempelvis idétavlor som finns på vårdcentral 1 och 3, är svåra att definiera som antingen renodlad resultatstyrning eller handlingsstyrning. Vi har kommit fram till att Merchant och van der Stedes olika typer av styrningar i mångt och mycket är en gråzon, där inget är svart eller vitt. Alla styrtyper går hand i hand och behöver användas av varandra för att uppnå bästa resultat.

### **7.3 Fortsatt forskning**

För fortsatt forskning är vår rekommendation att, istället för att enbart undersöka offentliga vårdcentraler inom Region Skåne, utöka studien genom att sätta offentligt drivna vårdcentraler i relation till privat drivna vårdcentraler. Detta skulle kunna generera en annorlunda slutsats. Ett annat tänkbart studieområde är en fallstudiedesign där undersökning sker på en vårdcentral, men behandlar hur styrning slår igenom för olika yrkeskategorier. Genom att intervjua exempelvis läkare, undersköterskor med fler på berörd vårdcentral hade en utökad förståelse för styrning på en vårdcentral som enhet kunnat förvärvas och fler perspektiv än verksamhetschefens hade varit möjligt att belysa. Värt att nämna är också att ersättningsystemet kommer att omformas till år 2017, det kan därför vara ett tänkbart forskningsområde att studera hur detta kommer att påverka styrningen.



## Källförteckning

Anell, A. (2010). *Värden i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Finansdepartementet (Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7). Tillgänglig online: [http://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2013/07/ESO-2010\\_7-till-webben.pdf](http://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2013/07/ESO-2010_7-till-webben.pdf) [Hämtad 14 november 2016]

Anell, A., Nylinder, P. & Glenngård, A.H. (2012). *Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Tillgänglig online: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-826-6.pdf> [Hämtad 15 november 2016]

Ax, C., Johansson, C. & Kullvén, H. (2009). *Den nya ekonomistyrningen*. 4., omarb. uppl. Malmö: Liber

Axelsson, S.(2016). *Vårdcentralen i Skåne*. Tillgänglig online: <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Vad-ar-en-vardcentral--/> [Hämtad 25 december 2016 ]

Bryman, A. & Bell, E. (2013). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. 2., [rev.] uppl. Stockholm: Liber

Glenngård, A.H. (2015). *Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS. Tillgänglig online: [http://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/07/primarvarden\\_efter\\_vardvalsreformen.pdf](http://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/07/primarvarden_efter_vardvalsreformen.pdf) [Hämtad 10 november 2016]

Haupt, P. (2016). *Offentliga vårdcentraler går back*. Tillgänglig online: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=96&artikel=6458707> [Hämtad 11 november 2016]

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press

Knutson, H. (2010). *Flerdimensionell styrning - några iakttagelser från elva landsting och en region*. Lund: KEFU Skåne (KEFU skriftserie rapport 2010:1)

Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården: modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS förlag. Tillgänglig online: [http://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/ersattning\\_i\\_sjukvarden\\_web\\_0.pdf](http://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/ersattning_i_sjukvarden_web_0.pdf) [Hämtad 14 november 2016]

Merchant, K.A. & Van der Stede, W.A. (2007). *Management control systems: performance measurement, evaluation, and incentives*. 2. ed. New York: Financial Times/Prentice Hall

Region Skåne (2015a). *Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdcentral i hälsoval skåne gällande år 2016*. Tillgänglig online: <http://vardgivare.skane.se/SysSiteAssets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackrediteringsarkiv---fillistning/ackrediteringsvillkor-vardcentral-2016.pdf?highlight=ackrediteringsvillkor+v%C3%A5rdcentral+2016> [Hämtad 23 november 2016 ]

Region Skåne (2015b). *Hälso- och vårdval i Skåne*. Tillgänglig online: <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Att-valja-vard-i-Skane/> [Hämtad 31 december 2016]

Region Skåne (2015c). *Om Region Skåne*. Tillgänglig online: <http://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/> [Hämtad 4 januari 2017]

Region Skåne (2015d). *Skånes universitetssjukvård*. Tillgänglig online: <http://www.skane.se/organisation-politik/Organisation/skanes-universitetssjukvard/> [Hämtad 4 januari 2017]

Region Skåne (2016a). *Avvikelsehantering*. Tillgänglig online: <http://vardgivare.skane.se/patientadministration/avvikelsehantering/> [Hämtad 14 december 2016 ]

Region Skåne (2016b). *Organisation*. Tillgänglig online: <http://www.skane.se/organisation-politik/Organisation/> [Hämtad 4 januari 2017]

Region Skåne (2016c). *Patientavgifter*. Tillgänglig online: <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/> [Hämtad 23 december 2016]

Region Skåne (2016d). *Vårt sätt att vara*. Tillgänglig online: <http://www.skane.se/organisation-politik/Jobba-hos-oss/Var-personalide-och-vara-varderingar/> [Hämtad 30 december 2016 ]

Region Skåne (2017). *Skånes universitetssjukvård – övergripande organisation*. Tillgänglig online: [http://vard.skane.se/siteassets/specialistvard/dokument/skanes-universitetssjukhus/om-oss/sus\\_organisation.pdf](http://vard.skane.se/siteassets/specialistvard/dokument/skanes-universitetssjukhus/om-oss/sus_organisation.pdf) [Hämtad 4 januari 2017]

Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Stockholm: Riksdagens internttryckeri (RiR 2014:22). Tillgänglig online: [http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR\\_2014\\_22\\_%20v%C3%A5rdval\\_Anpassad\\_2.pdf](http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR_2014_22_%20v%C3%A5rdval_Anpassad_2.pdf) [Hämtad 2017-01-04]

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

SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (u.å.a). *Ansökan om legitimation, bevis om specialistkompetens, förskrivningsrätt och intyg*. Tillgänglig online: <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg> [Hämtad 25 december 2016 ]

Socialstyrelsen (u.å.b). *Vem får jobba i vården?* Tillgänglig online: <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/legitimation/vemfarjobbaivarden> [Hämtad 25 december 2016 ]

Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Antal vårdcentraler och valfrihetssystem enligt LOV i landsting och regioner - beslutsläge oktober 2016*. Tillgänglig online: <https://skl.se/download/18.5f1f8c911586c4c4eb9219/1479288950176/skl-beslutslage-LOV-landsting-oktober-2016.pdf> [Hämtad 27 december 2016]

Sveriges Kommuner och Landsting (u.å.a). *Ersättningssystem i primärvård*. Tillgänglig online: <https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/hals-ochsjukvard/ersattningssystem/ersattningssystemprimarvard.2061.html> [Hämtad 2 januari 2017]

Sveriges Kommuner och Landsting (u.å.b). *Privata utförare - styrning och ansvarsfördelning.*

Tillgänglig online:

<https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/privatautforarekonkurrens.5608.html>

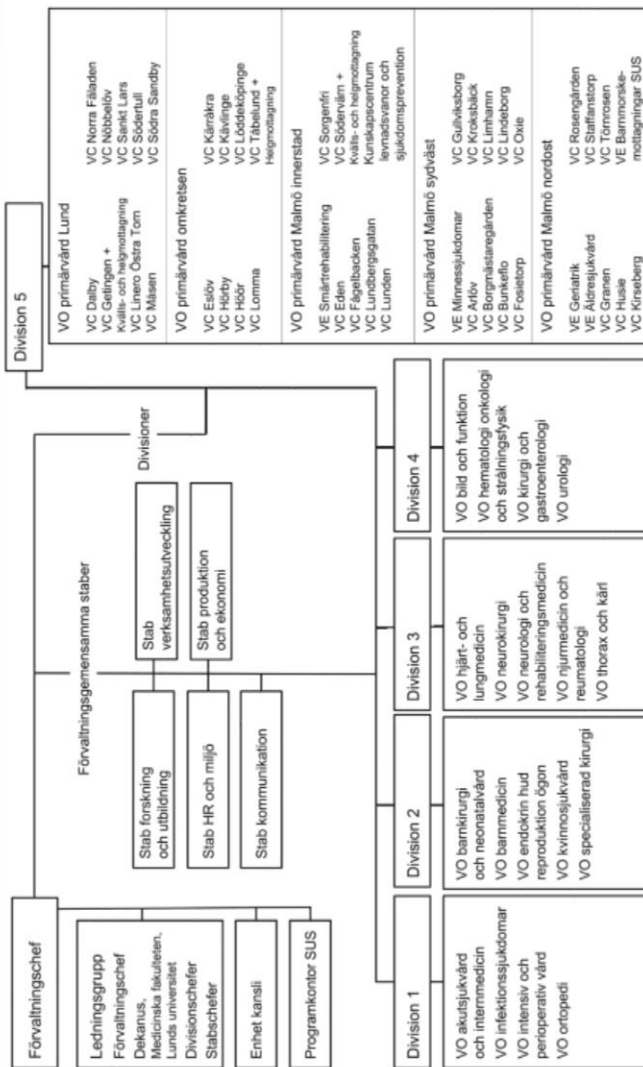
[Hämtad 27 december 2016]

# Bilaga 1: Organisationsschema

Skånes universitetssjukvård



## Skånes universitetssjukvård – divisioner och förvaltningsgemensam ledningsgrupp



SUS - 2017-01-04 | Bil 2

## **Bilaga 2: Intervjufrågor verksamhetschef 1**

### **Presentation av intervjuperson:**

Vad heter du och vilken yrkestitel har du?

Hur länge har du haft din nuvarande befattning?

Vilken utbildning och yrkesbakgrund har du?

Har du haft någon annan yrkesroll på denna vårdcentral tidigare?

### **Beskrivning av vårdcentralen:**

Hur länge har vårdcentralen funnits?

Hur stor är vårdcentralen? Hur många individer är listade på vårdcentralen?

Hur många arbetar på vårdcentralen?

Vilka yrkeskategorier finns representerade (antal av varje) på vårdcentralen?

Hur ser den ekonomiska situationen ut för vårdcentralen? (Över/under budget etc.)

### **Styrning - Mål**

Vilka typer av mål är uppsatta för vårdcentralen och av vem?

Kan ni, som vårdcentral, påverka vilka mål som sätts för just er? Hur?

Har de anställda specifika mål? - Har olika yrkeskategorier olika mål?

Hur kommuniceras målen till anställda?

### **Prestationsmätning**

Vilken typ av nyckeltal/prestationsmått används för att mäta/följa upp prestationer?

Hur ofta mäts prestationerna?

Vem får ta del av prestationsmätningens resultat?

### **Uppföljning av prestationer**

Hur följer ni upp era prestationsmått?

Vad händer om målen uppfylls, respektive inte uppfylls?

Finns det något belönings/bestraffningssystem?

### **Ersättningssystem**

Hur ser ert ersättningssystem ut?

- Vad får ni ersättning för?

Vilka effekter, positiva som negativa, upplever du att ersättningssystemet för med sig?

Hur upplever du att ersättningssystemet märks av i det dagliga arbetet?

### **Handlingsstyrning**

Hur kommunicerar ni hur arbetsuppgifter (handlingar) ska genomföras?

- Använder ni er exempelvis av standardiserade arbetsuppgifter? (Ex checklistor)
- (Har olika yrkesgrupper olika förtroenden och ansvar? )

Hur kontrolleras att arbetsuppgifter (handlingar) sköts på rätt sätt?

- Vad händer om man missköter sina arbetsuppgifter?
- Belönas personal som utför sina arbetsuppgifter korrekt?

### **Personal- & Kulturstyrning**

Hur går det till när ni rekryterar ny personal och vad gör ni för att få tag på personal med önskvärda egenskaper?

- Vad tycker ni är viktiga egenskaper och kvaliteter?

Har ni vidareutbildningar för era anställda?

Hur skulle du beskriva företagskulturen på er vårdcentral?

- Försöker ni påverka kulturen på något sätt?
- Hur förmedlar ni vilka värderingar ni har? (Värdegrund)

## **Bilaga 3: Intervjufrågor verksamhetschef 2 och 3**

### **Presentation av intervjuperson:**

Vad heter du och vilken yrkestitel har du?

Hur länge har du haft din nuvarande befattning?

Vilken utbildning och yrkesbakgrund har du?

Har du haft någon annan yrkesroll på denna vårdcentral tidigare?

### **Beskrivning av vårdcentralen:**

Hur länge har vårdcentralen funnits?

Hur stor är vårdcentralen? Hur många individer är listade på vårdcentralen?

Vilken typ av klientel har ni? (nischade?)

Hur många arbetar på vårdcentralen?

Vilka yrkeskategorier finns representerade (antal av varje) på vårdcentralen?

Hur ser den ekonomiska situationen ut för vårdcentralen? (Över/under budget etc.)

### **Styrning - Mål**

Vilka typer av mål är uppsatta för vårdcentralen och av vem?

Kan ni, som vårdcentral, påverka vilka mål som sätts för just er? Hur?

Har de anställda specifika mål? - Har olika yrkeskategorier olika mål?

Hur kommuniceras målen till anställda?

### **Prestationsmätning**

Vilken typ av nyckeltal/prestationsmått används för att mäta/följa upp prestationer?

Hur ofta mäts prestationerna?

Vem får ta del av prestationsmätningens resultat?

### **Uppföljning av prestationer**

Hur följer ni upp era prestationsmått?

Vad händer om målen uppfylls, respektive inte uppfylls?

Finns det något belönings/bestraffningssystem?

### **Ersättningssystem**

Vad tycker du är bra respektive dåligt med det nuvarande ersättningssystemet?

Hur upplever du att ersättningssystemet märks av i det dagliga arbetet?

Tror du att olika yrkesgrupper märker av ersättningssystemet på olika sätt?

### **Handlingsstyrning**

Hur kommunicerar ni hur arbetsuppgifter (handlingar) ska genomföras?

Använder ni er exempelvis av standardiserade arbetsuppgifter? (Ex rutiner, checklistor)

- (Har olika yrkesgrupper olika förtroenden och ansvar? )

Styrs professionerna av sina legitimationer, exempelvis att läkarna får leda sitt eget arbete osv?

Finns det fördelar och nackdelar med detta?

Hur kontrolleras att arbetsuppgifter (handlingar) sköts på rätt sätt?

- Vad händer om man missköter sina arbetsuppgifter?
- Belönas personal som utför sina arbetsuppgifter korrekt?

### **Personal- & Kulturstyrning**

Hur går det till när ni rekryterar ny personal och vad gör ni för att få tag på personal med önskvärda egenskaper?

- Vad tycker ni är viktiga egenskaper och kvaliteter?

Har ni fortbildningar/kompetensutveckling för era anställda?

- Vad är det som styr om personalen får delta i en utbildning eller ej?

Har de anställda specifika utvecklingsplaner?



Hur skulle du beskriva företagskulturen på er vårdcentral?

- Försöker ni påverka kulturen på något sätt?
- Hur förmedlar ni vilka värderingar ni har? (Värdegrund)

## Bilaga 4: Division 5's balanserade styrkort

### BSK-uppföljning 2016 Div 5 - Hälsovalseenheter

2016-11-04

10

Hälsovalseenheter	Balanserat Styrkort 2016												
	Patient		Verksamhet				Medarbetare		Budget-				
	BHK	Antibiotika-tryck <300 Sep	Levnadsvanor >10 helår Jan-Sep	Telefontillgängl >90% Okt	PRIO Läkarehembesök >800 helår Jan-Sep	Läkemedelsgenomgångar >60 helår Jan-Sep	SIP >44 helår Jan-Sep	Aterinläggning <30 dgr <14,7% okt 15-sep 16	Skrivet i ras 2016-11-04	Läkarkontinuitet >67% jul 15-jun 16	Kort sjukfrånvaro <5,8 helår jan-sep	Totalt sjukfrånvaro <16 helår jan-sep	Budgetavvik, Tkr >0 Jan-Okt
VCA	100% Sep												
VCB													
VCC													
VCD													
VCE													
VCF													
VCG													
VCH													
VCI													
VCJ													
VCK													
VCL													
VCM													
VCN													
VCO													
VCP													
VCR													
VCS													
VCT													
VCU													
VCV													
VCW													
VCX1													
VCX2													
VCX3													
VCX4													
VCX5													
VCX6													
VCX7													
VCX8													
VCX9													
VCY1													
VCY2													
VCY3													
VCY4													
VCY5													
VCY6													