

Styrning inom primärvården; vad anser de sjukvårdsanställda?

En kvalitativ undersökning av primärvårdsanställdas
uppfattningar och åsikter kring styrningen inom primärvården

Johanna Wihl

Abstract

This essay is a qualitative study of the Swedish primary care and covers the medical professions' experiences and opinions about the organizational governance of health care. Eight semi structured interviews have been made with four doctors, two physiotherapists, one psychologist and one nurse. The interviews aimed for the respondents to talk about their experiences of governance and compensation models. The results concluded that the system has some shortages. Sometimes employees have incentives to maximize economic replacement instead of making the most effective decisions. There is also a lack of relevant ways to measure the qualities of health care. The discussion focus on how the governance can be improved, why there seems to be a difference between private and public health centers and why the compensation models sometimes give employees improper incentives to use the system. The conclusions suggest more flexibility in the compensation models as well as a higher degree of participation among primary care employees in the decision making in order to reach more effective governance.

Nyckelord: Primärvård, New Public Management, styrningsmodell, vårdcentral, ersättningsmodell

Antal ord: 9869

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Sjukvårdens plats i den politiska diskussionen	1
1.2	Bakgrund – vad är styrningsmodeller och varför behövs dem?.....	1
1.3	Avknoppningar från New Public Management.....	2
1.4	Studiens relevans och syfte	2
1.5	Frågeställning och hypotes	3
1.5.1	Frågeställning	3
1.5.2	Hypotes.....	3
1.6	Uppsatsens struktur	3
2	Teori	5
2.1	Övergripande presentation av teorierna	5
2.2	Svensk primärvård.....	5
2.3	Sjukvårdens professioner	6
2.4	Granskning och administration	6
2.5	Styrningsmodeller	7
2.5.1	Kundvalsmodellen.....	7
2.5.2	Prestationsfinansiering	8
2.5.3	Lean Management	9
3	Metod och material	10
3.1	Metod	10
3.1.1	Forskningsdesign.....	10
3.1.2	Upplägg på intervjuerna	10
3.1.3	Avgränsningar	11
3.1.4	Etiska förhållningssätt	11
3.1.5	Generaliserbarhet	12
3.2	Material	12
3.2.1	Urval.....	12
3.2.2	Presentation av respondenterna	13
4	Resultat	14
4.1	Resultatredovisning och sammanfattning	14

4.2	Tema ett; åsikter om hur styrning och ersättningsmodeller fungerar i praktiken	14
4.3	Tema två; fokus på ekonomin	15
4.4	Tema tre; exempel på när styrningen påverkar arbetet	16
4.5	Tema fyra; när styrningen inte fungerar optimalt	16
5	Diskussion	18
5.1	Sammanfattning	18
5.2	Tema ett; den optimala styrmodellen	18
5.3	Tema två; uppfattningar om ekonomin	20
5.4	Tema tre; hur styrningen påverkar primärvårdsanställdas arbetsituation	21
5.5	Tema fyra; inga system är helt vattentäta.....	22
6	Slutsatser	24
7	Referenser	25
7.1	Källor.....	25
7.2	Litteratur.....	25

1 Inledning

1.1 Sjukvårdens plats i den politiska diskussionen

Sjukvården är en av de allra största samhällsinstanserna, och en organisation som nästan alla människor någon gång under sitt liv kommer i kontakt med. Politiska beslut ligger till grund för hur sjukvården ska organiseras och hur resurser ska fördelas. Drygt 300 000 människor arbetar inom den svenska hälso-, sjuk- och tandvården och cirka 200 000 inom övrig vård och omsorg (Ekonomifakta, 2018). Sjukvården är därmed en stor offentlig arbetsgivare, där många människor dagligen sliter för att vårda, lindra och hjälpa sina medmänniskor.

Sjukvården berör och diskuteras politiskt på både nationell, regional och kommunal nivå. I Sverige finns cirka 1200 inrättningar för primärvård, vilket är detsamma som vårdcentraler (Glenngård, 2020). I denna uppsats är det så primärvård som definieras. Det finns säkert lika många, om inte fler, tankar och idéer om hur man bäst styr och organiserar dessa vårdcentraler. Att bedriva god sjukvård är svårt, och det finns en rad saker att ta hänsyn till. Patientsäkerhet och hög medicinsk kvalitet måste alltid säkerställas först (ibid.). Men när så har gjorts dyker det upp frågor av mer strukturell karaktär. Hur ska vården finansieras och resurser allokeras? Vilka förväntningar finns på de sjukvårdsanställda? Denna uppsats kommer därför att undersöka några styrningsmodeller inom primärvården i Sverige, och hur de uppfattas av den medicinska professionen.

1.2 Bakgrund – vad är styrningsmodeller och varför behövs dem?

En styrmodell är ett förutbestämt sätt att styra och leda en verksamhet, och innefattar bland annat måluppfyllelse, ledning och att översätta politiska beslut till praktik (Falun kommun, 2021). Göran Sundström definierar begreppet som en relation; styrning är en parts medvetna försök att påverka en annan parts agerande (Sundström, 2016. s. 149). I detta fall blir relationen i fråga mellan beslutsfattare/politiker och de medicinskt anställda. Alla verksamheter styrs i någon mån och inom sjukvården så finns det flera olika aktuella styrningsmodeller. Specifika ersättningsmodeller används för att upprätthålla budget och tillgodose en effektiv resursallokering av de statliga medel som finns att tillgå (Skoog, 2018. s. 7). Andra styrningsmodeller används övergripande för att strukturera upp hela verksamhetens funktion. Styrningen syftar till att ta ett helhetsgrepp som gynnar alla delar av organisationen (ibid.). De modeller som finns kan användas antingen enskilda eller i

kombination. När det handlar om ersättningsmodeller så är det i många fall regionen som beslutar om vilken som ska användas, och sedan kan enskilda verksamheter ha mer eller mindre rätt till självbestämmande utöver det.

1.3 Avknoppningar från New Public Management

Paraplybegreppet New Public Management (NPM) är vad kommande teorier om styrnings- och ersättningsmodeller har sin grund i. NPM etablerades i Sverige för cirka 30 år sedan för att försöka lösa strukturella problem inom offentlig verksamhet såsom skola och sjukvård (Ahlbäck Öberg & Widmalm, 2016. s. 8). Louise Bringselius har forskat mycket kring NPM och fångar följderna av begreppet i sju doktriner, som kan summeras till fokus på resultatmätning, konkurrens och ekonomisk återhållsamhet (Bringselius, 2015. s. 1). En central idé inom NPM är att verksamheter som konkurrensutsätts blir mer effektiva och skapar högre ekonomisk lönsamhet, vilket även tillåtit inom sjukvården. Därav att många delar av sjukvården idag drivs i privat regi och/eller med inslag av specifika marknadsmässiga modeller (Ahlbäck Öberg & Widmalm, 2016. s. 10–13). En rad olika ersättningsmodeller har utarbetats och använts för att finansiera offentlig såväl som privat sjukvård. Vissa modeller har fungerat bra, andra mindre bra. Denna uppsats har sin utgångspunkt i tre modeller; kundval, prestationsfinansiering och Lean Management. Kundval och prestationsfinansiering är renodlade ersättningsmodeller medan Lean är en mer övergripande idébaserad modell för verksamhetsstyrning. Primärvården i Sverige utgår ifrån kundvalsmodellen till följd av lagen om fritt vårdval (LOV), sedan har verksamheterna inslag av en viss andel prestationsfinansiering utöver det.

1.4 Studiens relevans och syfte

Sjukvården är som nämnts en stor offentlig arbetsgivare, vars ramar utgörs av politiska beslut. Det är därför av både samhällsorganisatorisk, politisk och ekonomisk relevans att studera sjukvårdens struktur och hur saker och ting ter sig i praktiken (Teorell & Svensson, 2007. s. 18). En stor andel av den forskning som tidigare har gjorts kring NPM har haft ett fokus på att utvärdera ekonomiska resultat och effektivitet. Föga förvånande, med tanke på att ersättningsmodeller implementerades just för att förbättra ekonomin i den offentliga sektorn. Det har däremot inte gjorts lika många studier kring hur de anställda inom sjukvården upplever dessa styrningsmodeller. Hur påverkar det deras sätt att arbeta? Vad har de för positiva och negativa erfarenheter av att anpassa den dagliga kliniska verksamheten till ekonomiska eller andra styrorienterade aspekter? Syftet med uppsatsen är att komplettera NPM-forskningen med professionens synvinkel. Det är lätt att glömma bort att de som faktiskt får anpassa sitt arbete efter styrningen i praktiken inte har en arbetsbeskrivning eller utbildning som innefattar att studera ekonomiska resultat och kvalitetsrapporter. Uppsatsen ämnar därmed att nyansera forskningen, och visa på de lite mjukare kvaliteterna som också påverkas av styrning så som arbetssätt och arbetsmiljö, och inte endast hårda fakta om resultatuppföljning.

Förhoppningen är att kunna bidra kumulativt till den allmänna bilden av NPM som fenomen genom att nyansera några av erfarenheterna kring det avtryck som NPM har haft på svensk sjukvårds organisationskultur (Teorell & Svensson, 2007. s. 18).

Undersökningens fokus kommer att ligga på de intervjuade respondenternas upplevelser och erfarenheter av dessa modeller och deras åsikter kring dem.

Det är en svår balansgång mellan att styra en verksamhet till punkt och pricka för att kunna tillgodose hög effektivitet, men samtidigt låta de anställda få tillräckligt med arbetsro för att kunna utföra, sitt ofta tekniskt eller teoretiskt avancerade, arbete (Sundström, 2016. s. 164). Eftersom hälso- och sjukvården har så många medarbetare är det principiellt intressant att undersöka hur de upplever styrningen av branschen. De sitter på mycket värdefull kompetens och praktisk insikt som inte går att nå på något annat sätt än genom att arbeta kliniskt. Deras åsikter borde därför ges gehör för och vägas in i beslut, för att sjukvården ska ha möjlighet att utvecklas progressivt.

1.5 Frågeställning och hypotes

1.5.1 Frågeställning

Den huvudsakliga frågeställningen som ska besvaras lyder;

Vilka åsikter och upplevelser har anställda inom primärvården av dess styrning och organisation?

Som följdfråga vill undersökningen även försöka nyansera; Vad fungerar bra och när brister styrningen?

1.5.2 Hypotes

Hypotesen är att primärvårdsanställda upplever styrningen över lag som relativt välfungerande. Det förväntas dock dyka upp flera exempel på när styrningen inte fungerar optimalt. Ett förväntat resultat är att de anställda anser sin administrativa börda vara oproportionerligt stor jämfört med det kliniska arbetet. Ett annat tänkbart resultat är att det finns skillnader mellan hur offentliga och privata vårdcentraler styrs.

1.6 Uppsatsens struktur

Det teoretiska ramverket för undersökningen utgörs av kundvalsmodellen, prestationsfinansiering och Lean Management, alla avknoppningar från New Public Management. De används alla tre inom svensk sjukvård i större eller mindre utsträckning. För att sedan knyta teorierna till praktisk erfarenhet har åtta kvalitativa och djupgående intervjuer gjorts. Resultaten från intervjuerna sammanfattas och presenteras i fyra olika teman. I diskussionen så diskuteras dessa teman närmare för att försöka nyansera och koppla teoretiskt vad respondenterna har berättat. Det görs både med stöd från litteraturen i teoridelen och

politiskt framtaget underlag. Uppsatsen avslutas med några slutsatser som kan göras utifrån undersökningens resultat och diskussion.

2 Teori

2.1 Övergripande presentation av teorierna

Teoridelen i denna uppsats inleds med två avsnitt om hur svensk primärvård finansieras och om hur man ska se på professionerna inom sjukvården. Det är av vikt för analysen av hur styrningen inom primärvården fungerar att det finns en förståelse för det. Nästkommande avsnitt resonerar kring granskning och administrativt arbete, som kan ses som en effekt som modellerna har fört med sig. Avslutningsvis så presenteras kundvalsmodellen, prestationsfinansiering och Lean Management, två ersättningsmodeller och en styrningsmodell. Dessa tre kan anses vara uppsatsens huvudsakliga teoretiska ramverk.

2.2 Svensk primärvård

Svensk sjukvård är strukturerad på olika nivåer. Sjukvården regleras nationellt, finansieras och produceras på regional nivå och opererar även i viss utsträckning på kommunal nivå (Glenngård, 2020). Tre huvudsakliga principer gäller för all svensk sjukvård i följande ordning;

- Patienter ska behandlas värdigt och likvärdigt med samma rättigheter, oberoende av sin status i samhället.
- De med störst medicinskt behov ska få vård först.
- Kostnadseffektivitet ska råda när ovan två är uppfyllda. Vid beslutsfattande ska kostnader vägas mot vilka fördelar och livsförbättrande aspekter som åtgärden ger (Glenngård, 2020).

Av Sveriges 1200 vårdcentraler så drivs 60% i regional regi och övriga i privat regi. Gemensamt står de för cirka 17% av den totala kostnaden för sjukvården (Glenngård, 2020). Den vård som produceras på vårdcentraler finansieras av respektive region som vårdcentralen är belägen i. Ersättningen betalas ut baserat på tre olika tillvägagångssätt. Kapitering för listade patienter på respektive vårdcentral står för 60–95%, patientavgifter som betalas av respektive patient personligen står för 5–38% av ersättningen och sist så baseras 0–3% av prestationsbaserade bonusar (ibid.). Kapiteringsersättningen viktas beroende på faktorer såsom befolkningens ålder, kön, uppskattad vårdtyngd och socioekonomisk status. Även vårdcentralens geografiska läge spelar in (Skoog, 2018. s. 7).

Det är lagstiftat att regioner och kommuner ska sätta upp en årlig budget för hälso- och sjukvården och att de ska tänka kostnadseffektivt vid samordningen av olika behandlingsformer (Glenngård, 2020). Beroende på hur det kommunala självstyret ser ut så kan både fast och rörlig ersättning tillämpas. Fast ersättning skapar incitament att arbeta mer resurssnålt, samtidigt som professionen får större självbestämmanderätt (Skoog, 2018. s. 8). Det ger även en bättre översikt över budgeten. Rörlig ersättning kan dock minska selektionen bland patienter, och ersättning baserad på diagnosrelaterade grupper (DRG) kan ge högre effektivitet. Det på grund av att vårdgivaren blir ersatt utefter en förväntad kostnad, men att det då fortfarande kvarstår incitament att aktivt arbeta för att minska kostnaderna (ibid.). Det vanligaste är att ersättningen utgörs av en kombination av dessa, då det finns för- och nackdelar oavsett vilket tillvägagångssätt som används.

2.3 Sjukvårdens professioner

Svårigheten med att styra och organisera sjukvård är att de anställda har väldigt definierade och autonoma professioner. Bengt Abrahamssons definition kommer här att användas som utgångspunkt. Han satte upp dessa kriterier i ett militärt sammanhang, men beskriver med egna ord hur de går att applicera på fler yrkeskategorier, däribland sjukvårdsanställda. Abrahamsson redogör för tre centrala punkter som definierar vad en profession är;

- Arbetet vilar på viss specialiserad, främst teoretisk men även praktisk, kunskap.
- Arbetet sköts efter vissa specifika etiska förhållningssätt.
- Relationen kollegor emellan särskiljs av en stark kåranda (Abrahamsson, 1972. s. 11–12).

Appliceras dessa på sjukvården så går det att konstatera att för de flesta yrken inom denna bransch krävs en specifik utbildning och i många fall en yrkeslegitimation (Berlin & Kastberg, 2011. s. 39). Yrkesetikerna inom sjukvården är mycket hög, och yrkesutövandet är så pass komplicerat att det är svårt för någon utomstående att kontrollera kvaliteten på det. Ett så pass självständigt och autonomt arbete kan därför vara svårt för politiker eller ekonomer att styra (Berlin & Kastberg, 2011. s. 45). Att styra så pass komplexa verksamheter som vårdcentraler och sjukhus är därför ett komplicerat uppdrag som bygger på att verksamhetsledningen är insatt i arbetsprocesserna och att det går att mäta kvalitet och resultat på ett relevant sätt (Berlin & Kastberg, 2011. s. 53). Balansgången blir mellan att låta de anställda få tillräckligt mycket frihet för att kunna sköta sitt arbete ostört, som Sundström uttrycker det ”låt proffsen vara proffs” (Sundström, 2016. s. 146), samtidigt som organisationen kräver en tydlig styrning och struktur för att fungera.

2.4 Granskning och administration

Sundström beskriver hur många av styrningsmodellerna som introducerades i samband med NPM låter ekonomin styra före yrkesetikerna och att byråkratin stjäl värdefull tid

från de huvudsakliga arbetsuppgifterna (Sundström, 2016. s. 146). Forsell och Ivarsson Westerberg menar till och med att granskningen i sig själv kan ses som en ny form av styrning till följd av de metoder och idéer som NPM förde med sig. Med krav på bland annat prestationsmätning och kostnadseffektivitet följer naturligt en rad kontroller, uppföljningar och utvärderingar (Forsell & Ivarsson Westerberg, 2016. s. 19). Granskningen blir ett sätt för offentliga organisationer att kontrollera vad de delar av verksamheten som sköts i privat regi eller som har decentraliserats har för sig. Det kostar tid och pengar för den part som ska bli granskad att göra sig granskningsbar, och ibland kan det generera särskilt inställsamma beteenden (Forsell & Ivarsson Westerberg, 2016. s. 20). Samtidigt är det nödvändigt med resultat- och kvalitetsgranskningar för att kunna ställa krav på myndigheter (Sundström, 2016. s. 146).

Organisationer kan styras på olika sätt, men den output-orienterade styrning som etablerats inom många verksamheter kräver att de överordnade styr de underordnade med detaljstyrning och noggrann uppföljning (Sundström, 2016. s. 146). Syftet med granskningen är att bidra med transparens, effektivitet och ansvarsutkrävande inom organisationer (Forsell & Ivarsson Westerberg, 2016. s. 33). Alla värdefulla parametrar är dock inte enkla att granska. Enligt den rapport som Castillo och Ivarsson Westerberg tagit fram så ligger det en tung administrativ börda på sjukvårdspersonal. Det gäller arbete kopplat till enskilda patienter såväl som hela verksamheten, och problemen kantas av ett bristande IT-stöd (Castillo & Ivarsson Westerberg, 2019. s. 71).

Att mäta god hälso- och sjukvård och vad som faller innanför ramarna för fenomenet är mycket svårt. Det är en utmaning att hitta relevanta utfallsmått för att kunna mäta en så pass komplex verksamhet på ett rättvist sätt (Hellman m. fl., 2019. s. 105). Om NPM-reformer syftar till att effektivisera verksamheter, men istället medför en oförutsedd administrativ arbetsbörda, så kan resultatet bli det motsatta (Forsell & Ivarsson Westerberg, 2016. s. 35). Det har under en längre tid diskuterats att styrningen av den anledningen blir svår och problematisk. Styrningen etableras på en högt uppsatt politisk nivå, men i praktiken blir styrningseffekterna små eller helt uteblivna (Hellman m. fl., 2019. s. 103).

2.5 Styrningsmodeller

2.5.1 Kundvalsmodellen

Lagen om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft 2009 och innebär att de delar av myndigheter som konkurrensutsätts måste erbjuda ett valfrihetssystem bland leverantörerna inom systemet (Upphandlingsmyndigheten, 2020). För primärvårdens del innebär det att patienter har fritt vårdval och kan välja att lista sig på vilken vårdcentral som helst. Det ger även vårdcentraler möjlighet att fritt etablera sig geografiskt där det passar dem (Berlin & Kastberg, 2011. s. 127).

Idén om valfrihet grundar sig i ökade rättigheter för patienten kombinerat med en högre effektivitet på marknaden. Patienterna ska via det fria vårdvalet kunna stärka sin autonomi i situationer där den representativa demokratin inte räcker till (Hallin &

Siverbo, 2003. s. 149). Patienten tillåts i högre utsträckning att personligen delta aktivt i sin vårdprocess och på så sätt blir vården mer individanpassad utefter behov (Berlin & Kastberg, 2011. s. 128). Samtidigt är tron att valfriheten ska resultera i en effektiv marknad där de vårdcentraler som inte bedriver tillräckligt bra sjukvård med tiden kommer att försvinna, eftersom patienterna inte efterfrågar dessa enheter (Hallin & Siverbo, 2003. s. 149). Kundvalsmodellen i praktiken innebär därmed att ett visst ansvar över hur, när och var vård ska bedrivas förflyttas från politiker till dem som producerar och konsumerar sjukvården i fråga (Berlin & Kastberg, 2011. s. 132). Politikernas roll blir istället att fördela resurser mellan olika geografiska områden, då ersättningen till vårdgivarna följer av var patienterna väljer att lista sig (Angelis m. fl., 2016. s. 22).

Kundvalsmodellen ställer höga krav på patienten att hålla sig informerad och att veta var information finns att tillgå för att kunna utnyttja sina valmöjligheter (Berlin & Kastberg, 2011. s. 138). Det finns studier som indikerar att kundvalsmodellen leder till en högre kundnöjdhet och en ökad tillgänglighet till vård, vilket borde gå hand i hand. Antalet vårdproducenter har ökat, men det är svårt att fastslå huruvida effektiviteten har ökat (Berlin & Kastberg, 2011. s. 140–141). Det går dock att ifrågasätta huruvida vårdens kvalitet påverkas av att vårdgivarna måste arbeta aktivt med att locka till sig listade patienter för att kunna överleva ekonomiskt (Hallin & Siverbo, 2003. s. 151).

2.5.2 Prestationsfinansiering

En av sjukvårdens allra största utmaningar, och något som både kundvalsmodellen och prestationsfinansiering försöker råda bot på, är frågan om tillgänglighet. Ett alternativt sätt för att försöka öka tillgängligheten inom sjukvården är att betala ut ersättning per utförd prestation (Berlin & Kastberg, 2011. s. 57). Verksamheten är tänkt att stimuleras av att få betalt för utförda prestationer i efterhand, och att det ska skapa incitament att prestera så mycket vård som möjligt (Hallin & Siverbo, 2003. s. 127–128). De initiala effekterna när prestationsfinansiering introducerades som ersättningsmodell i början av 1990-talet var att vissa landsting lyckades korta vårdköerna, men att totalkostnaden också blev högre. När vårdenheterna fick betalt per prestation fanns det inga incitament att hålla kostnaderna nere (Hallin & Siverbo, 2003. s. 133). För att råda bot på problemet infördes kostnadstak, där mindre eller ingen ersättning alls utgick efter att en viss produktionsmängd uppnåtts (Hallin & Siverbo, 2003. s. 135). Det resulterade istället i försvagade incitament att producera så mycket vård som möjligt. Slutsatsen blev att prestationsbaserad ersättning kan användas för att korta vårdköer, men att det bör göras inom en budgetram för att kontrollera totalkostnaderna (Hallin & Siverbo, 2003. s. 137–138).

Modellen bygger på ett ansvarsutkrävande av enheterna och förutsätter att både finansiärer och producenter syftar till att nyttomaximera (Berlin & Kastberg, 2011. s. 65). Det finns en viss risk att ansvarsutkrävandet brister, och att vårdproducenterna systematiskt under- eller överdriver rapportering och registrering över vilka prestationer som har utförts (Hallin & Siverbo, 2003. s. 139). DRG-glidning är ett exempel på det. DRG står för diagnosrelaterad grupp, och för alla diagnoser finns ett kodsysteem, där olika diagnoser är värda olika poäng. Ju högre DRG-poäng desto högre ersättning. DRG-glidning innebär systematiska försök att sätta högre eller fler DRG-koder, för att nyttja mer ersättning per patientbesök (Berlin & Kastberg, 2011. s. 67).

2.5.3 Lean Management

Lean Management är kanske den mest välkända styrningsmodellen inom sjukvården. Grundidén kommer från Toyotas produktion i Japan, och syftar till att eliminera alla steg i produktionsprocessen som inte har ett värde för kunden. Syftet är istället att utifrån kundens behov skapa värde genom att optimera produktion och resursanvändning. (Helmhold, 2020. s. 1). Med allt högre krav på högkvalitativ vård både i termer av patientsäkerhet och klinisk effektivitet har modellen därför använts för att förbättra arbetssätt inom sjukvården (Crema & Verbano, 2019. s. 448).

Lean Managements filosofi kan summeras till kundvärde, helhetssyn och respekt för människan (Hellman m. fl., 2019. s. 78). I praktiken bygger filosofin på ett flexibelt ledarskap där alla anställda förväntas delta i arbetsprocesserna. Verksamheten ska vara under ständig omarbetning för att förbättras och utvecklas (Helmhold, 2020. s. 2). Det är av största vikt att minimera resursslöseri. Inom sjukvården är exempel på resursslöseri ineffektiv användning av utrustning, långa väntetider på behandling eller onödiga transporter av patienter och material. Vid användning av Lean inom sjukvården har resultaten blivit högre kostnadseffektivitet i kombination med högre patientnöjdhet (Helmhold, 2020. s. 155–156). Det har bland annat givit ett bättre flyt i arbetsprocesserna och en minskning av förseningar och ofta upprepade misstag (Kollberg m. fl., 2007. s. 12).

Modellen är dock inte helt applicerbar på sjukvården, den är ju trots allt utvecklad för produktionsprocesser i fabriker. Det har till exempel visat sig svårt att engagera professionerna inom vården i att intressera sig för processförbättringar (Hellman m. fl., 2019. s. 104). Det saknas i viss mån tillräckligt med forskning kring hur Lean ska tolkas och implementeras på operationell nivå inom sjukvården (Rotter et al., 2019. s. 367). Kollbergs tre punkter för hur man kan skapa mervärde med hjälp av Lean känns aktuella än idag. Tillgänglighet till sjukvård, möjlighet till interaktion med sjukvården som organisation och möjlighet för patienter att aktivt delta i sin egen vårdprocess (Kollberg m. fl., 2007. s. 16). Presenterat som dessa tre punkter kan Lean också bättre harmoniera parallellt med de ersättningsmodeller som redan beskrivits ovan.

3 Metod och material

3.1 Metod

Intervjumethodik är den metod som legat till grund för undersökningen. Respondenternas roll i undersökningen har varit att fritt få berätta om upplevelser av styrning på nuvarande och tidigare arbetsplatser inom primärvården. De har uppmanats att berätta vad som fungerat bra, och mindre bra. Intervjuerna fick lite olika utfall, främst beroende på hur insatta och intresserade respondenterna var av styrning. Alla har kunnat nyansera några åsikter om hur de anser att deras arbete påverkas.

3.1.1 Forskningsdesign

Det är av relevans att kort presentera valet av forskningsdesign. Rätt forskningsdesign är viktigt för att i största möjliga mån få bra förutsättningar för att kunna besvara sin forskningsfråga. Denna studie syftar till att undersöka *hur* styrningsmodeller uppfattas av och påverkar sjukvårdspersonal, och är av den anledningen av deskriptiv karaktär (Esaiasson m. fl., 2017. s. 38). Studien är en teorikonsumerande studie, då den har sin utgångspunkt i brett förankrade och väl beprövade styrnings- och ersättningsmodeller (Esaiasson m. fl., 2017. s. 42). Det är möjligt att en viss teoriutvecklande ansats är märkbar, då studien vill visa på en annan aspekt än övrig NPM-forskning. De flesta studier blir lite av båda delarna, vilka är fullt förenliga (Teorell & Svensson, 2007. s. 52).

3.1.2 Upplägg på intervjuerna

Inom statsvetenskapen är det sällan man som forskare får möjlighet att direkt observera de händelser som ska ligga till grund för en studie. Av den anledningen är intervjustudier en vanlig metod för att ta reda på fakta (Teorell & Svensson, 2007. s. 89). Så blev då fallet för denna studie, då det inte fanns någon möjlighet att observera primärvården personligen. Samtalsintervjuer ger goda förutsättningar för att fördjupa sig inom ett ämne och få nyanserade perspektiv på ett fenomen. Det ger ett samspel mellan forskare och respondent på ett sätt som lämpar sig väl för att gestalta olika företeelser (Esaiasson m. fl., 2017. s. 260–261). Baserat på uppsatsens tema och syfte var intervjumethod av dessa anledningar lämplig. Syftet var som nämnts att beskriva hur sjukvårdsanställda uppfattar styrningsmodeller och hur de påverkar deras arbete, vilket samtalsintervjun var högst lämplig för att kunna tillgodose (Esaiasson m. fl., 2017. s. 262).

Intervjuer kan syfta till att samla in information eller att fånga upp respondenters subjektiva åsikter och upplevelser. Att kombinera dessa två är vanligt, vilket har gjorts i viss mån i studien även om fokus har legat på den senare (Teorell & Svensson, 2007. s. 89). Strukturen på intervjuerna var semistrukturerad, då respondenternas subjektivitet har varit av stort intresse och att de skulle ges möjlighet att tala så fritt som möjligt om sina upplevelser (ibid.). Samma grundfrågor har använts som utgångspunkt i alla intervjuer. Vissa blev mer djupgående med många följdfrågor, och andra kortare där knappt alla frågor användes. Det ligger i linje med hur det brukar gå till vid semistrukturerade intervjuer (ibid.). För att få ut så mycket information som möjligt användes öppna frågor med öppna svarsalternativ, och respondenterna uppmanades till att tala fritt och berätta med egna ord (Teorell & Svensson, 2007. s. 90). Syftet med intervjuerna var att respondenterna skulle få ge sin version och berätta sina upplevelser av hur det är att arbeta inom primärvården. Frågorna var huvudsakligen inriktade på att ta reda på upplevelser av styrning och styrningsmodeller samt åsikter kring dem. Eftersom intervjuerna blev så individanpassade har inget fast intervjuformulär använts.

Kort ska nämnas att undersökningen riskerade några reliabilitetsproblem. Risken utgjordes av att antingen intervjuaren eller respondenterna skulle höra fel, eller att någon av parterna skulle missförstå någon fråga eller något svar (Esaiasson m. fl., 2017. s. 64). Vid ett enstaka tillfälle hade en respondent svårt att förstå en fråga, och den omformulerades då tills den blev begriplig. I övrigt verkar respondenterna ha förstått allting klart och tydligt, och deras svar var välformulerade och enkla att förstå.

3.1.3 Avgränsningar

All forskning kräver avgränsningar för att inte bli mer omfattande än vad projektet tillåter, så även i detta fall. För det första så har endast respondenter från Region Skåne intervjuats. Anledningen till det är främst för att styrningen kan skilja sig åt väldigt mycket inom olika regioner. Region Stockholm har till exempel högst prestationsbaserad andel ersättning i hela landet, endast 57% av ersättningen kommer från listade patienter (Skoog, 2018. s. 7). Risken var då att resultaten skulle bli väldigt olika beroende på vilken region respondenterna arbetar inom. Därav valdes endast respondenter från Region Skåne, då styrningen är relativt homogen inom regionen. Det var dessutom enklare att komma i kontakt med respondenter i det geografiska närområdet.

En annan avgränsning som har gjorts är till primärvården, och erfarenhet av att ha arbetat på vårdcentral. Det för att vårdcentraler är mindre enheter än sjukhus, och att det är troligt att styrningen då genomsyrar hela organisationen på ett tydligare sätt. Det har även gjorts en teoretisk avgränsning i vilka styrningsmodeller som använts för analysen. Kundvalsmodellen och prestationsfinansiering valdes ut baserat på Glengårds beskrivning av hur primärvården är uppbyggd och finansieras (Glengård, 2020). Lean valdes ut för att komplettera de andra två, med en styrningsmodell som går att applicera på hela verksamheten och inte endast den ekonomiska biten.

3.1.4 Etiska förhållningssätt

Respondenterna har behandlats helt anonyma. Det ska inte på något sätt kunna straffa dem att de bidragit till studien genom att uttala sig om sina arbetsplatser (Teorell &

Svensson, 2007. s. 20). Sjukvården har en samhällsbärande roll, och inga oegentligheter ska kunna uppstå på grund av att vårdgivare eller vårdtagare känner sig utelämnade i resultaten. Anonymitet ska dock endast utlovas om forskaren är övertygad om att anonymiteten inte påverkar forskningens trovärdighet (Esaiasson m. fl., 2017. s. 267). För att tydliggöra källmaterialet har därför respektive respondents yrke specificerats i referenslistan. Namn och kön samt exakt vilken vårdcentral respektive respondent har arbetat på är inte relevant för studien och har därför inte nämnts. Anledningen till att yrkesgrupp har specificerats är dels för att stärka trovärdigheten, dels på grund av att det är intressant att se om olika yrkesgrupper har olika syn på styrning. Det bidrar också till en mer rättvis avspeglning av hela den kår som är verksam inom sjukvården om flera yrkesgrupper blir representerade. Intervjuerna och behandlingen av materialet har byggts på informerat samtycke från alla inblandade (ibid.). Materialet har spelats in, vilket alla har varit införstådda med och godkänt. Materialet kommer inte att användas i något annat syfte än för denna studies resultat.

3.1.5 Generaliserbarhet

All statsvetenskaplig forskning strävar efter möjligheten att kunna generalisera sina resultat. Den deskriptiva generaliserbarheten syftar till att urvalet i studien ska representera populationen med avseende på fenomenet som ska beskrivas (Teorell & Svensson, 2007. s. 68). Eftersom undersökningen vill ta reda på hur anställda inom primärvården uppfattar styrning, behöver den därmed representativt spegla alla som arbetar inom primärvården. Därav att en viss bredd har försökt skapas på några aspekter såsom kön, ålder och yrkesgrupp. Hur urvalet är baserat presenteras närmare i nästa avsnitt.

Uppsatsens ambitioner att kunna generalisera resultaten till hela primärvårdens yrkeskår har varit restriktiva (Esaiasson m. fl., 2017. s. 154). Det är stor spridning bland respondenterna, men det hade behövts fler intervjuer eller kanske en enkätundersökning, för att med säkerhet kunna uttala sig om alla anställda i primärvården utifrån resultaten.

3.2 Material

3.2.1 Urval

Inför en intervjuundersökning är det viktigt att reflektera över urvalet av respondenter. För denna undersökning var det nödvändigt att använda sig utav ett strategiskt urval (Teorell & Svensson, 2007. s. 84). Anledningen till det var för att kunna säkerställa en spridning i yrkeskategorierna. Kravet var att ha klinisk erfarenhet av arbete inom primärvården, till exempel som läkare, sjuksköterska, psykolog eller fysioterapeut men inte som till exempel receptionist eller HR-ansvarig. Den respondent som arbetar som verksamhetschef har gedigen klinisk erfarenhet sedan tidigare.

För att undvika de hinder som kan uppstå med att intervjua någon närstående har respondenterna varit okända förutom till namnet (Esaiasson m. fl., 2017. s. 268). Ett

undantag gjordes dock ifrån det, för att få kontakt med en lite yngre respondent än övriga, så hen var en ytligt bekant. Det bedömdes som en större fördel att inkludera ett yngre perspektiv på styrning, än eventuella nackdelar med att hen inte var helt obekant. Vetenskaplig distans och professionalitet har kunnat upprätthållas gentemot alla respondenter (ibid.).

En intervjustudie av detta slag brukar omfatta cirka tio intervjuer (Esaiasson m. fl., 2017. s. 268). Nio respondenter tillfrågades, varav åtta ställde upp på intervju. Det visade sig vara ett rimligt omfång med tanke på hur mycket tid som fanns till förfogande. En viss mättnad i resultaten upplevdes efter hand som intervjuerna gjordes, vilket tyder på att omfånget var lagom stort.

Anledningen till att fokus vid urvalet har lagts vid just sjukvårdsanställda kan förklaras med att respondenterna inte ska vara "subjektiva" experter (Esaiasson m. fl., 2017. s. 269). Så hade fallet blivit om regionchefer som är väldigt insatta i styrningsmodeller hade tillfrågats för intervju. De är troligtvis experter på hur styrning fungerar, men skulle eventuellt inte kunna ge en lika tydlig bild av hur det påverkar sjukvårdspersonal i deras arbete. Det har istället därför gjorts ett strategiskt urval med intensitet av personal inom sjukvården som kan tänkas ha en åsikt om forskningens tema (ibid.). Det har kombinerats med maximal variation med avseende på kön, ålder och yrkeskategori (Esaiasson m. fl., 2017. s. 270).

3.2.2 Presentation av respondenterna

Det är lämpligt att kort presentera respondenterna och deras bakgrund. Ingen av respondenterna känner någon annan sedan tidigare och de har inte erfarenheter från samma vårdcentraler, med ett undantag. Respondent sex och åtta har gemensam erfarenhet av en vårdcentral, men båda har arbetat på flera andra ställen utöver den. Lika många kvinnor som män har intervjuats, och de har en åldersspridning på 30 till 55 år. Alla har arbetat inom Region Skåne, men utspritt i flera olika delar av regionen. Respondent ett är läkare i allmänmedicin och har erfarenhet av att arbeta på flera olika vårdcentraler, offentliga såväl som privata. Respondent två är också läkare i allmänmedicin, och arbetar på en vårdcentral som drivs av en privat stiftelse, men har tidigare erfarenhet av offentligt driven vårdcentral. Respondent tre är fysioterapeut och väsentligt yngre än övriga respondenter, med några års erfarenhet från en offentligt driven vårdcentral. Respondent fyra är utbildad till först fysioterapeut och sedan psykolog med erfarenheter från både privata och offentliga verksamheter. Respondent fem är fysioterapeut och har arbetat på offentligt drivna vårdcentraler i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Respondent sex är läkare i allmänmedicin och har varit verksam på flera olika privata och offentliga vårdcentraler. Respondent sju är ambulanssjuksköterska i grunden och har utbildat sig vidare inom ledarskap och sedan arbetat som verksamhetschef på offentligt drivna vårdcentraler. Respondent åtta är läkare i allmänmedicin med erfarenheter från både privata och offentliga vårdcentraler, och sedan en tid tillbaka verksam som stafettläkare.

4 Resultat

4.1 Resultatredovisning och sammanfattning

Resultaten har sammanfattats systematiskt i några olika teman, men inga svar från intervjuerna kommer att redogöras ord för ord. Dessa teman har bedömts vara de främsta och huvudsakliga resultaten och är följande; hur styrningen faktiskt fungerar, hur mycket det pratas om ekonomi, exempel på när styrningen påverkar arbetet och exempel på när styrningen inte fungerar optimalt. Vid enstaka intressanta fall har det redogjorts explicit med eller utan citat.

4.2 Tema ett; åsikter om hur styrning och ersättningsmodeller fungerar i praktiken

Som nämnts tidigare så baseras ersättningen till vårdcentraler främst på kapitering för listade patienter (Berlin & Kastberg, 2011. s. 127). Listningen styrs av kundvalsmodellen och patienterna har fritt vårdval och kan välja att lista om sig till en annan vårdcentral när helst de vill. Ett fast belopp betalas ut per listad patient och år, sedan kan vissa tillägg förekomma beroende på patientens ålder, kön och hälsostatus. Beloppet upplevs dock inte vara helt proportionellt. En gammal och multisjuk patient genererar bara dubbelt så mycket ersättning som en ung och frisk, trots att vårdbehovet är långt mycket mer än dubbelt så stort (Respondent två, 2021). Det skapar ett visst incitament att försöka ”locka till sig” unga och friska patienter för listning. Generellt tycker dock respondenterna att kundvalsmodellen och det fria vårdvalet är bra. Det ger vårdcentralen incitament att marknadsföra sig på ett bra sätt, och det stärker patienternas rättigheter (Respondent två och sex, 2021).

Trots det så finns det några upplevda nackdelar med det fria vårdvalet. Om vårdcentralen snabbt får bra rykte så finns det en viss eftersläpning i ersättningsmodellen. Patienter kan lista om sig på 1177.se med ett knapptryck, och det finns då en risk för ett väldigt högt patienttryck men med begränsade resurser (Respondent fem och sex, 2021).

Det finns även tendenser till att vissa patienter ställer för höga krav på den vård som finns tillgänglig. Är patienten inte nöjd så listar den om sig och ”vårdshoppar” tills den får den vård som är efterfrågad (Respondent ett och tre, 2021). Det har främst skett i till exempel samband med sjukskrivningar eller vissa receptbelagda smärtstillande. Det finns också en ekonomisk risk för vårdcentralerna med att patienterna så enkelt kan lista om sig. Om en vårdcentral skrivit ut recept på något väldigt dyrt, till exempel inkontinensskydd, och patienten direkt efter det listar om sig så förlorar vårdcentralen

en stor summa pengar (Respondent sju, 2021). Två av respondenterna uttryckte en önskan om att begränsa möjligheterna till omlistning till en eller två gånger per år för att undvika dessa problem (Respondent ett och sju, 2021).

Respondent åtta berättade om hur styrningen inom Psykoterapival Skåne skiljer sig åt i hur de hanterar remisser och i hur besöken finansieras. Inom Region Skåne finns en fastställd mängd ackrediterade psykologer och psykoterapeuter. När en patient får en remiss från sin vårdcentral är det upp till patienten själv att hitta en terapeut som kan ta emot en. Eftersom de är så fullbokade så kan det ta väldigt lång tid, och när patienten väl hittar någon kanske den terapeuten inte ens är specialiserad på rätt område för patientens besvär. Läkaren som skriver ut remissen har ingen översikt över väntetiderna. Ersättningssystemet är uppbyggt så att det är lönsamt för terapeuterna att träffa alla patienter tolv gånger, oberoende om de egentligen behöver fler eller färre träffar. Eftersom terapeuterna får bättre betalt genom att arbeta privat så blir resultatet också brist på personal på vårdcentralerna (Respondent åtta, 2021).

Respondent fyra som är verksam psykolog anser dock att kundvalsmodellen tillför fler arbetsmöjligheter för psykologer och terapeuter. Hen anser det positivt att inte behöva vara beroende av Region Skåne som arbetsgivare, utan ha möjlighet att arbeta privat också. Kundvalsmodellen ökar därmed både patienters och vårdgivares valfrihet, och ger möjlighet till en bredare arbetsmarknad med större variation i anställningsformerna (Respondent fyra, 2021).

Några av respondenterna hade erfarenhet av prestationsbaserad vård, som de upplevde som dysfunktionellt. Fokus låg då på att ”räkna pinnar” och att hinna med så många patientbesök som är fysiskt möjligt på en arbetsdag (Respondent fyra och fem, 2021). Olika förslag för att hinna med fler patienter var aktuella, till exempel att korta ner psykologbesöken trots att kvaliteten då skulle försämrats. Resultaten av det blev framförallt en väldigt pressad, stressad och utmattad personal, och i vissa fall även en förhastad vård med framförallt brister i omsorgsbiten (Respondent fyra och fem, 2021).

4.3 Tema två; fokus på ekonomin

Alla respondenter har erfarenhet av att verksamhetens ekonomi diskuteras i någon utsträckning. De som har erfarenhet av att arbeta både inom offentlig och privat verksamhet (fem av respondenterna) upplevde ett större fokus på ekonomin inom de privata vårdcentralerna (Respondent ett, två och sex, 2021). Det informeras mer om vad saker kostar och diskuteras mer allmänt kring ekonomin och hur de anställda gemensamt kan bidra till att ekonomin går bra. I jämförelse så har privata vårdcentraler en lite större förväntan på de anställda att hushålla med vårdcentralens resurser. Alla upplever att de har mandat att fritt beställa prover och röntgen när det bedöms som nödvändigt, men att privata vårdcentraler hushåller lite mer och tar prover på ett mer effektivt sätt (Respondent ett och fyra, 2021). Det tycks dock vara en ökande trend även inom offentliga vårdcentraler att informera mer om verksamhetens ekonomi (Respondent ett och tre, 2021). Resultaten indikerar på en användning av Lean Managements filosofi, främst vid försök att minska resursslöseri vid provtagning. Det finns numera standardiserade listor på när man ska ta prov för vad, för att försöka göra provtagningen mer effektiv (Respondent tre och sju, 2021).

4.4 Tema tre; exempel på när styrningen påverkar arbetet

Ett tillvägagångssätt för att nyttja mer ersättning har varit att träffa patienter på gruppbesök. Vårdcentralen kan då ta betalt för varje patient, men arbeta resurssnålt då en sjukvårdsanställd kan behandla flera patienter samtidigt. Det har främst använts vid fysioterapi eller enklare psykologisk behandling. Patienterna verkar över lag nöjda med gruppvård, då de anser det vara en ökad tillgänglighet till vård (Respondent tre, 2021). Det funkar bäst vid friskvård, och kanske inte riktigt lika bra vid sjukvård (Respondent fem, 2021).

Respondenterna verkar inte lida särskilt mycket av den granskning och uppföljning som kommer med styrningsmodeller. Det pratas en del vårdcentraler emellan. Om det uppdagas att en vårdcentral i närheten åkt fast på något vid en granskning är det vanligt att den egna verksamheten justeras för att inte råka ut för samma sak (Respondent tre och fem, 2021). Inför den nationella patientenkäten, som utförs en gång per år, så tycks medarbetare anstränga sig lite extra hårt och noggrant. Troligen beror det på att enkäten får stor medial uppmärksamhet, och att den ger en fördelaktig möjlighet att marknadsföra sig på (Respondent två, 2021).

Respondent sju som arbetar som verksamhetschef hade några åsikter om att regionens mätningar på enheterna inte alltid träffar helt korrekt. Till exempel så mäts telefontillgängligheten på tid, vilket vissa vårdcentraler har löst med att i princip vem som helst får svara i telefon.

”Att låta kreti och pleti svara i telefon för att det ska gå snabbare visar i princip ingenting, det som borde mätas är hur snabbt man kan komma till tals med en medicinskt kompetent person” (Respondent sju, 2021).

Ett annat exempel är att vissa resultat som är beroende av ålder eller kön mäts per tusen listade patienter. Det blir då väldigt missvisande resultat beroende på vårdcentralens geografiska läge och den population som är listad på enheten (Respondent sju, 2021).

Respondent åtta uttryckte en frustration kring trögflytande administrativt arbete på grund av Region Skånes bestämmanderätt och att allt måste ske via offentliga upphandlingar. Ett exempel är när hen arbetade på en offentlig vårdcentral och ville få upp en krok på väggen i sitt arbetsrum så att patienterna skulle kunna hänga upp sin jacka. Det kostade vårdcentralen 3000 kr på grund av en offentlig upphandling med en snickare som befann sig en bit bort. När hen bytte till en privat vårdcentral kunde hen själv gå och köpa en krok för 50 kronor och hänga upp på dörren (Respondent åtta, 2021). Ett annat exempel är att det tar 10–15 minuter för privata vårdcentraler att komma in i journalsystemet, då de är beroende av regionens intranät men inte har tillgång till de datorer som fungerar bäst till det (Respondent åtta, 2021).

4.5 Tema fyra; när styrningen inte fungerar optimalt

Alla respondenter upplever att deras profession respekteras och att det som är medicinskt motiverat alltid kommer i första hand i prioriteringsordningen. Ingen har upplevt att ekonomiska incitament har äventyrat patientsäkerheten.

”Det krävs att vi tillåts tillräckligt mycket artistisk frihet för att kunna sköta våra arbeten” (Respondent två, 2021).

Det finns dock flera indikationer på att systemen ibland utnyttjas för att få mer ersättning. Ett exempel är att DRG-glidning förekommer, vissa vårdcentraler försöker systematiskt att sätta fler diagnoser och med högre DRG-poäng (Respondent tre och åtta, 2021). Det har även förekommit att gamla diagnoser som var färdigbehandlade och avslutade har återupptagits. Fysisk aktivitet på recept var också något som användes frikostigt, då det gav en fast ersättning på 200 kronor (Respondent tre, 2021). Det är väldigt tidskrävande att sitta och försöka räkna ut vad som genererar mest ersättning bland DRG-koderna (Respondent tre och åtta, 2021).

Hembesök är något som nyttjats för att få ut mer ersättning, då de är väldigt dyra och resurskrävande. Då gjordes hembesök på alldeles för låtta grunder, när ett telefonsamtal egentligen hade räckt till. Vid justering av medicin till exempel, då räcker ett telefonsamtal utmärkt, men hembesök gjordes ändå för att nyttja mer ersättning (Respondent två, 2021).

Något som kan ses som en brist i ersättningsmodellerna är att vårdcentralerna betalar alla kostnader för de patienter som de har listade hos sig. Det innebär att om en patient använder Kry eller någon annan onlinevård så blir den fysiska vårdcentralen som patienten är listad på fakturerad för det (Respondent sju, 2021). Flera av respondenterna uttryckte att det är ett problem. Patienterna förstår inte att deras fysiska vårdcentral får stå för notan, och vårdcentralerna själva har inga ekonomiska möjligheter att försöka konkurrera med sin egen onlinevård mot de stora företagen som endast bedriver vård online. Det uttrycktes önskemål om att begränsa möjligheten till att söka vård online hur som helst, eller att det ska finansieras på något annat sätt då det stjälar väldigt mycket pengar från vårdcentralerna (Respondent ett, sex och sju, 2021).

5 Diskussion

5.1 Sammanfattning

Resultaten kan summeras till att de flesta av respondenterna var väl införstådda med den styrning och de ersättningsmodeller som används inom primärvården i regionen samt på just deras arbetsplats. De som hade möjlighet att jämföra privata och offentligt drivna vårdcentraler upplevde att det var mer fokus på ekonomi och ekonomiska resultat inom privata verksamheter. Kundvalsmodellen fungerar i huvudsak bra, med några brister. Många hade tidigare erfarenhet av prestationsbaserad ersättning och upplevde det som stressande. Nedan följer en mer detaljerad diskussion av resultaten på de viktigaste punkterna, då det finns några aspekter av styrningen som är värda att diskutera mer noggrant.

5.2 Tema ett; den optimala styrmodellen

Det finns flera fördelar med att patienternas rättigheter att personligen välja vårdcentral och vårdgivare är skyddade i lag. Det tillåter patienten större möjlighet att påverka och aktivt delta i sin vårdprocess, samt i största möjliga mån kunna nyttja sin valfrihet för att känna sig bekväm och trygg. Den fria listningen kan dock få negativa konsekvenser, eftersom den inte går att begränsa. Som respondent fem beskrev kan det nästan bli negativt att prestera ”för bra” då man inte kan arbeta i samma takt som nya patienter listar sig. Det talar emot tron på att kundvalsmodellen skapar ökad tillgänglighet i vården (Berlin & Kastberg, 2011. s. 140). Om efterfrågan på vissa enheter blir väldigt hög så skapar det dålig tillgänglighet för både nya och gamla patienter, och minskad patientnöjdhet från alla parter (ibid.).

Det kan anses vara ett systemfel i ersättningsmodellen. Patienter kan lista sig på en vårdcentral och kräva tillgänglighet på densamma inom loppet av några sekunder. Men att betala ut fast ersättning och öka vårdcentralens omfattning i form av personalstyrka och lokaler tar mycket längre tid än så. De vårdcentraler som gör ett bra jobb och får gott rykte, vilket gör att fler patienter vill lista sig där, kan inte premieras för det. Resultatet blir istället en alldeles för snabbt ökande arbetsbelastning som pressar personalen. Eftersom inga listningstak finns, samt att vårdcentralen är skyldig att ta emot alla patienter som listar sig, finns det inget sätt för vårdcentralen att värja sig mot detta scenario (Respondent åtta, 2021).

Hälsovalet var när det infördes tänkt att underlätta för privata vårdgivare att kunna etablera sig på marknaden (Berlin & Kastberg, 2011. s. 127). Det finns dock en motsättning i att ersättningen ska baseras på efterfrågan, och att produktionen ska

baseras på likvärdighet och gå till dem som har störst behov först (Riksrevisionen 2014:22. s. 11). Att motsvara efterfrågan, som i allt större utsträckning har blivit patienter med ett lägre vårdbehov till följd av ökad tillgänglighet, går då emot de etiska principer som sjukvården ska arbeta utefter (ibid.). Det komplicerar arbetet för vårdcentraler som presterar bra men som istället för att få mer resurser allokerade till sig blir överbelastade. Det blir också en moraliskt svår situation för de anställda på vårdcentralen, som vill värna om sina listade patienter men som då måste göra prioriteringar bland dem som har störst vårdbehov (Respondent fem, 2021). Då kanske ett listningstak eller möjlighet till extra ersättning skulle vara en möjlig lösning för de vårdcentraler som växer väldigt snabbt, för att underlätta de anställdas etiska situation och arbetsbelastning.

En annan intressant aspekt av det fria vårdvalet är det som Hallin och Siverbo reste ett varningens finger för redan före sin tid. Om vårdenheter måste lägga allt för mycket av sina resurser på att locka till sig patienter för att överleva ekonomiskt så kan det komma att påverka vårdens kvalitet (Hallin & Siverbo, 2003. s. 151). Debatten om nätläkarnas roll speglar lite av den problematiken. Onlinevårdgivarnas problem är inte att de tvingas till att lägga för mycket tid och pengar på att marknadsföra sig, utan tvärtom så finns det enorma resurser till det (Svensson & Almgren, 2018). Problemet är snarare att de väljer att lägga för mycket tid och resurser på marknadsföring, och att vården blir bristande för att den har fel fokus. De vårdbolag som finns online kan i viss mån anses "locka" patienter att söka vård för lättvindigt (ibid.). Flera av respondenterna uttryckte en ilska mot det, då de fysiska vårdcentralerna får betala för onlinebesöken (Respondent ett och sex, 2021). Det uppstår då en missgynnsam kombination av att onlinevården lägger för mycket resurser på marknadsföring istället för vård, och att de fysiska vårdcentralerna får mindre och mindre resurser som de kan spendera på att marknadsföra sig. Många vårdcentraler försöker konkurrera genom att erbjuda sin egen onlinevård, men det är svårt med så pass begränsade resurser (Respondent sex och sju, 2021). Flera av respondenterna uttryckte en önskan om att onlinevården ska begränsas på något sätt, eller åtminstone finansieras separat, så att den inte helt utarmar de fysiska vårdcentralerna (Respondent ett, två, sex och sju, 2021).

Att Psykoterapival Skåne har ett så annorlunda sätt att styras är också intressant att kommentera. I vanliga fall blir man som patient hänvisad med sin remiss till specialistvården, vilken läkaren som skriver remissen ofta rekommenderar. Att patienten själv ska hitta en terapeut som har tid överskriver väldigt mycket ansvar på patienten själv. Det ställer höga krav på att patienten ska vara välinformerad (Berlin & Kastberg, 2011. s. 138). Det kan dessutom vara väldigt ansträngande att behöva driva sin vårdprocess helt själv, speciellt om man mår dåligt psykiskt (Respondent åtta, 2021). Att ersättningsmodellen dessutom gynnar terapeuterna till att alltid ha tolv besök per patient gör att det blir begränsad tillgänglighet både privat och på vårdcentral. Ur den aspekten kan kundvalsmodellen inte anses vara gynnsam, då den varken ökar tillgängligheten eller patientnöjdheten (Berlin & Kastberg, 2011. s. 140). Det bekräftas av respondent fyra av att det finns för få psykologer anställda per vårdcentral, och att de utsätts för väldigt hög arbetsbelastning (Respondent fyra, 2021).

Resultaten visade tydligt att prestationsfinansiering inte är fördelaktigt. Grundidén är att modellen ska skapa incitament att producera så mycket vård som möjligt (Hallin & Siverbo, 2003. s. 127). Tanken var även att det skulle bidra till att korta vårdköerna (Hallin & Siverbo, 2003. s. 133). När det implementerades i praktiken blev dock resultaten en väldigt stressad personal som inte kunde leverera lika hög vårdkvalitet (Respondent fyra och fem, 2021). Att försöka uppnå högre effektivitet genom fler besök, och då istället kortare och slarvigare besök, ger tyvärr ingen ökad

effektivitet. Respondent två anser dock att vissa enklare rutinkontroller kan lämpa sig för prestationsfinansiering (Respondent två, 2021). I övrigt är det inte en fungerande modell, då en stressad personal varken kan leverera medicinsk eller omsorgsfull kvalitetsvård om de inte har tillräckligt med tid till sitt förfogande. Det går därmed att fastslå att prestationsfinansiering i viss utsträckning kan användas för att korta vårdköer, men endast i fall där det inte krävs särskilt stor emotionell investering från vårdgivaren (Hallin & Siverbo, 2003. s. 138).

5.3 Tema två; uppfattningar om ekonomin

Ett intressant fynd från undersökningen var att så många av respondenterna upplevde skillnader i hur mycket fokus det läggs på ekonomin inom de privata verksamheterna kontra de offentliga. Det ska dock betonas att ingen av respondenterna har upplevt att kostnadseffektivitet har prioriterats felaktigt före medicinsk kvalitet (Glenngård, 2020). Inom de privata vårdcentralerna kommuniceras dock verksamhetens ekonomi till alla anställda i större utsträckning. Det finns flera tänkbara förklaringar till det. En möjlig förklaring är att det endast är en slump att just de respondenterna som har ingått i undersökningen har den uppfattningen. Av de åtta som har intervjuats är det fem som har erfarenheter ifrån både privat och offentlig vårdcentral, så det skulle kunna vara en tillfällighet. Enligt respondent sju som är verksamhetschef är det mycket upp till chefen på varje vårdcentral hur mycket de anställda ska inkluderas i ekonomin, och hur mycket man som chef är intresserad av att kommunicera ut (Respondent sju, 2021). Det kan också bero på hur intresserade de anställda är. Vill man sätta sig in i ekonomin så finns möjligheten, men är man inte intresserad kan man också strunta i det (Respondent fem, 2021). Det skulle därmed kunna vara en kombination av hur intresserade de anställda är och hur kommunikativ chefen är som resulterar i hur mycket ekonomin diskuteras på vårdcentralen.

Det är dock nämnvärt att alla de respondenter som har kunnat jämföra privat och offentlig verksamhet har noterat samma skillnad. Det skulle alltså kunna finnas en principiell skillnad i hur privata och offentliga verksamheter driver sin ekonomi. En förklaring till det är att de privatägda verksamheterna har etablerat sig på marknaden senare, i syfte att bedriva sjukvård men som en verksamhet med ett visst vinstintresse. De regionala vårdcentralerna har däremot funnits under en längre tid, och även om de också har en budget som måste gå ihop så finns inte samma bakomliggande ekonomiska intressen. De offentliga vårdcentralerna kan gå minus ekonomiskt utan att det blir några direkta konsekvenser (Respondent åtta, 2021).

I snitt så har privata vårdcentraler något högre managementkvalitet än offentliga. Skillnaden är marginell, och både de vårdcentraler som uppvisar högst respektive lägst managementkvalitet är privata (Angelis, 2016. s. 73–74). Företag med hög managementkvalitet tenderar att prestera bättre med avseende på bland annat tillväxt och produktivitet, och ha högutbildade medarbetare (Angelis, 2016. s. 42–43). Det är därför troligt att vårdcentraler med hög managementkvalitet kommunicerar ekonomin bättre och i större utsträckning till sina anställda, då det genomsyrar alla delar av verksamheten. I Region Skåne finns cirka 175 vårdcentraler, så det skulle kunna vara en möjlighet att respondenterna har prickat in att arbeta på dem med lite högre managementkvalitet, och att det förklarar resultatet och den upplevda skillnaden mot de regionala enheterna (Region Skåne, 2021).

Tidigare hade man en tro på att resurserna i den offentliga sektorn var oändliga, och att det gick att äska mer medel så fort en budget blev övertrasserad (Respondent två, 2021). Alla är medvetna om att det inte fungerar så längre, delvis på grund av den inverkan som Lean Management haft på arbetssätten inom sjukvården. Det är tydligt att alla medarbetare genomsyras av ett kostnadseffektivt tänk, till exempel vid provtagning. De prover som bedöms medicinskt motiverade beställs alltid, men det görs inga i onödan. Alla prover måste inte tas vid alla tillfällen, här syns en genomtänkt för att inte slösa med resurser (Helmhold, 2020. s. 155). Respondenterna verkade överens om att det är positivt, då det finns mycket att vinna på en resurseffektiv provtagning utan att riskera patientsäkerheten (Respondent sju, 2021).

5.4 Tema tre; hur styrningen påverkar primärvårdsanställdas arbetssituation

Ett nyckelbudskap för Lean Management är att ständigt omarbeta organisationen för att förbättra den (Helmhold, 2020. s. 2). Här verkar inte Region Skåne riktigt hänga med, då flera av respondenterna har gett uttryck för att de tycker att regionen är trögflytande. Beslut tar för lång tid, saknar underlag eller uteblir helt (Respondent sju och åtta, 2021). Det kan bero på att det endast är de som är mest involverade i just implementeringen av Lean som har visat sig ta ansvar och vara engagerade, vilket inte verkar gälla för alla chefer inom organisationen (Hellman m. fl., 2019. s. 110). Baserat på respondenternas beskrivningar kan man delvis anse att Lean skapar mervärde för sjukvården (Kollberg m. fl., 2007. s. 16). Tillgängligheten har diskuterats minst, men de har inte uttryckt den som en allvarlig brist även om den behöver förbättras ännu mer. Möjlighet till interaktion med sjukvården är kanske den punkt som brister mest. Det är svårt att nå fram till Region Skåne eller att påverka beslut på grund av bestämmanderätt och offentliga upphandlingar (Respondent åtta, 2021). Däremot så anses möjligheten för patienter att aktivt delta i sin vård vara mycket god tack vare det fria hälsovalet (Hallin & Siverbo, 2003. s. 149).

Några av respondenterna anser att den administrativa bördan är för stor och tidskrävande (Respondent ett och åtta, 2021). Att sitta och klura ut rätt DRG tar tid, ibland en hel timme av arbetsdagen, som skulle kunna läggas på kliniskt arbete istället. Enligt Castillo och Ivarsson Westerbergs rapport så tar det administrativa arbetet upp en väsentlig del av sjukvårdspersonals arbetstid (Castillo & Ivarsson Westerberg, 2019. s. 71). I Tillitsdelegationens förslag pekar de på hur ekonomiska incitament skapar en alldeles för stor administrativ börda, samtidigt som det hämmar möjligheten till handlingsutrymme för medarbetarna (SOU 2017:56. s. 157). Det ligger i linje med Sundströms varning om att byråkratin stjälar tid från det egentliga arbetet (Sundström, 2016. s. 146). Ett förslag som Tillitsdelegationen lägger fram är att ersättningsmodellerna istället borde anpassas efter vad som engagerar medarbetarna. Eftersom professionen är svår att både styra och engagera kan det anses vara ett bra förslag (Hellman m. fl., 2019. s. 104). Sjukvården som organisation tenderar att vara rigid, och det är orimligt att Sveriges 1200 vårdcentraler ska styras efter exakt samma principer. Vissa arbetslag sporras betydligt av prestationsfinansiering, och har ett arbetssätt som lämpar sig väl för det. Andra verksamheter har en listad population som är högre och äldre än genomsnittet, då arbetar de bättre utefter fast ersättning. Om det

funnits en större flexibilitet i styrningen hade varje enskild enhet kunnat få en mer individanpassad styrning som engagerar medarbetarna på just den vårdcentralen (ibid.).

Respondenterna upplever inte alltid att de blir granskade eller mätta på rätt saker (Respondent sju, 2021). Att mäta god sjukvård är jättesvårt, då det saknas relevanta operationaliseringar av begreppet (Riksrevisionen 2014:22. s. 12). Istället blir styrningen och granskningen inriktad på sådant som är enkelt att mäta, och de anställdas fokus blir därefter (ibid.). Det blir en ond spiral av att ”fel” saker följs upp, och att det tillåts ta fokus från vad som egentligen är väsentligt, som exemplet med telefontillgängligheten (Respondent sju, 2021). Ett bättre samspel mellan vårdens essentiella uppdrag och uppföljningar på det hade behövts för att kunna säkerställa att sjukvården fyller sitt syfte. Då vårdprofessionerna är så specialiserade är det svårt med insyn och för någon utomstående att granska deras arbete (Berlin & Kastberg, 2011. s. 45). Då relevanta mått saknas blir det ännu svårare, och det blir därmed också svårt att fastställa vilka effekter styrningen egentligen får (Hellman m. fl., 2019. s. 105).

5.5 Tema fyra; inga system är helt vattentäta

Att vissa systemfel eller glidningar har upptäckts var ett förväntat resultat. Det finns inga system som saknar kryphål eller sätt att ta sig runt hinder. De glidningar som har presenterats är inte särskilt allvarliga och något som de flesta anställda och chefer är medvetna om att det förekommer. Framst påverkar det statistisk och journalförande (Respondent åtta, 2021). Det är trots det viktigt och intressant att diskutera vilka konsekvenser det får.

Respondent tre bekräftade att DRG-glidning förekommer i form av att sätta fler diagnoser, återuppliva avslutade diagnoser och att skriva ut fysisk aktivitet på recept systematiskt. Det var andra vårdcentraler i närheten som gjorde så, och den vårdcentralen som hen arbetade på var då tvungen att ta till samma medel för att inte få avsevärt sämre ekonomi och bli utkonkurrerad (Respondent tre, 2021). Här finns en lucka som Lean inte lyckats fylla ut, då det är raka motsatsen till minskat resursslöseri om man försöker få ut mer ersättning utan att det är nödvändigt (Helmhold, 2020. s. 155–156). Berlin och Kastberg varnade för att DRG-glidning kan bli en negativ extern effekt till följd av kundvalsmodellen, och Hallin och Siverbo varnade för att konkurrens inom primärvården flyttar fokus från att bedriva god sjukvård till att konkurrera med närliggande verksamheter (Hallin & Siverbo, 2003. s. 151). Det tycks alltså som att ersättningsmodellerna kan skapa oönskade incitament, istället för att rapportera korrekt ges en möjlig chans till mer ersättning, för att göra enheten konkurrenskraftig på marknaden. Som nämnts är det otroligt svårt att kontrollera det medicinska arbetet för någon utomstående (Berlin & Kastberg, 2011. s. 45). Det blir i princip omöjligt för någon som inte är mycket insatt i kliniskt arbete och DRG-koder att upptäcka när den här typen av DRG-glidning förekommer. Ingen annan än patienten och den sjukvårdsanställda kan veta exakt vilka diagnoser som var aktuella. Det blir därför väldigt svårt att både upptäcka och förebygga denna typ av glidningar inom ersättningsmodellen.

Det ersättningsmodellerna främst syftar till är att skapa effektivitet. Men som i exemplet med de onödiga hembesöken, så finns det ibland ekonomiska incitament att göra motsatsen. Att medicinskt kompetent personal ska lägga sin arbetstid på att göra onödiga hembesök och transportera sig fram och tillbaka under en halv arbetsdag är

raka motsatsen till effektivt. Effektivitet uppnås när de utbildade ägnar hela sin arbetstid åt att utnyttja sin kompetens (Respondent två, 2021). Det är heller inte att utnyttja skattepengar effektivt att låta sjukvårdspersonal göra annat än det de är utbildade till. Tyvärr skapar ibland modellerna felaktiga incitament att inte utnyttja arbetskraft effektivt för att istället få mer ersättning, varpå det blir omöjligt att fylla syftet om att skapa effektivitet (Forsell & Ivarsson Westerberg, 2016. s. 35).

6 Slutsatser

Det är möjligt att dra några enkla slutsatser från undersökningen. Den första är att sjukvården är en otroligt komplex organisation, och det inte finns något sätt att styra den på som fungerar optimalt ur alla aspekter. Det finns för- och nackdelar med alla styrnings- och ersättningsmodeller. Det är oundvikligt att oönskade externa effekter och beteenden uppkommer med dessa modeller, och det är något som måste accepteras när det handlar om en så stor organisation med så pass många anställda. Missnöje och meningsskiljaktigheter kommer tyvärr alltid att finnas. Det går dock att läsa mellan raderna på respondenternas svar att det behövs ett bättre samspel mellan politiker/tjänstemän och de berörda professionerna. Bättre underlag om den dagliga kliniska driften behövs för de beslutsfattande aktörerna, för att de ska kunna anpassa styrningen så att den når önskad effekt. Genom att ge sjukvårdsanställda mer gehör för sina åsikter och upplevelser samt större delaktighet i beslutsfattande så kan det uppnås. Det verkar finnas en kunskapslucka i underlaget om hur kliniskt arbete fungerar i praktiken, vilken måste fyllas för att kunna uppnå ett bättre samspel mellan styrning och profession.

En annan slutsats som kan dras är att det behövs en högre flexibilitet i styrnings- och ersättningsmodellerna. Det är så pass många aspekter av en vårdcentral som kan skilja; geografiskt läge, listad population, samansättning av yrkesgrupper och möjligheter till digitala tjänster. Arbetssätten får därför väldigt olika utfall, och kan dra nytta av olika typer av styrnings- och ersättningsmodeller. Systemet som helhet skulle gynnas av en högre flexibilitet i vilken styrning som används, i kombination med mer relevanta utfallsmått för att säkerställa att vårdcentralerna når upp till det som förväntas av dem.

Slutligen så finns det en viktig insikt att landa i. Hur mycket man än vill styra och organisera sjukvården så kommer den alltid att vara starkt präglad av den mänskliga faktorn. Välutbildad personal vars främsta syfte alltid kommer att vara att hjälpa de patienter som har behov av hjälp är vad som håller samman sjukvården. Mötet mellan patient och vårdgivare kommer aldrig gå att detaljstyra, och måste få skötas på just de premisser som finns i varje enskild situation. Sjukvården är beroende av en fungerande styrning, men det är viktigt att komma ihåg att medicinsk kompetens, hög yrkesetik och medmänsklighet inte går att styra fram.

7 Referenser

7.1 Källor

Respondent ett: läkare. 2021. Intervju 27 april. Zoomintervju.
Respondent två: läkare. 2021. Intervju 27 april. Lund.
Respondent tre: fysioterapeut. Intervju 28 april. Zoomintervju.
Respondent fyra: psykolog och fysioterapeut. Intervju 28 april. Lund
Respondent fem: fysioterapeut. Intervju 29 april. Telefonintervju.
Respondent sex: läkare. Intervju 3 maj. Zoomintervju.
Respondent sju: sjuksköterska och verksamhetschef. Intervju 6 maj. Telefonintervju.
Respondent åtta: läkare. Intervju 10 maj. Zoomintervju.

7.2 Litteratur

Abrahamsson, Bengt, 1972. *Militärer, makt och politik*. Stockholm: Prisma.
Ahlbäck Öberg, Shirin & Widmalm, Sten. 2016. "Att göra rätt – även när ingen ser på." *Statsvetenskaplig tidskrift* vol. 118(1): 7–17.
Angelis, Jannis; Häger Glenngård, A.; Jordahl, H., 2016. *Att styra och leda en vårdcentral*. Stockholm: SNS Förlag.
Berlin, Johan & Kastberg, Gustaf, 2011. *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.
Bringselius, Louise. 2015. "New Public Management – ett enkelt penseldrag som förklarar det mesta?" *Organisation & samhälle* (1): 1–4.
Castillo, Daniel & Ivarsson Westerberg, Anders. 2019. Ängsliga byråkrater eller professionella pragmatiker? Administrativa effekter av statens indirekta styrning av kommunerna. Stockholm: Elanders.
Crema, Maria & Verbano, Chiara. 2019. "Simulation modelling and lean management in healthcare: first evidences and research agenda." *Total Quality Management & Business Excellence* vol. 32, nr. 4: 448–466.
Ekonomifakta. 2018. *Sysselsatta inom välfärdssektorn*.
<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/sysselsatta-inom-valfardssektorn/> (Hämtad 2021-04-12).
Esaïasson, Peter; Gilljam, M.; Oscarsson, H.; Wängnerud, L. 2017. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts juridik.

- Falu kommun. 2021. *Styrmodeller: den röda tråden*.
<https://www.falun.se/kommun--demokrati/kommunens-organisation/hur-styrs-kommunen/styrmodellen-den-roda-traden.html> (Hämtad 2021-04-28).
- Forsell, Anders & Ivarsson Westerberg, Anders. 2016. "Granskningens (glömda) kostnader." *Statsvetenskaplig tidskrift* vol. 118(1): 19–37.
- Glenngård, Anna. 2020. *International Health Care System Profiles Sweden*.
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden> (Hämtad 2021-05-03).
- Hallin, Bo & Siverbo, Sven, 2003. *Styrning och organisering av hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Helmhold, Marc, 2020. *Lean Management and Kaizen*. Berlin: Springer.
- Kastberg, Gustaf & Siverbo, Sven. 2017. "Lean and process-orienting health care – linking and disentangling activities." *Qualitative Research in Accounting & Management* vol. 14, nr. 4: 390–406.
- Kollberg, Beata; Dahlgaard, J. J.; Brehmer, P-O. 2007. "Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings." *International Journal of Productivity and Performance Management* vol. 56, nr. 1: 7–24.
- Region Skåne. 2021. *Hitta vård*. <https://vard.skane.se/?maincat=Vårdcentral> (Hämtad 2021-05-11).
- Riksrevisionen. 2014. *Primärvårdens styrning: efter behov eller förfrågan?* Stockholm: Riksdagens internttryckeri.
- Rotter, Thomas et. al. 2019. "What is Lean Management in Health Care? Development of an Operational Definition for a Cochrane Systematic Review." *Evaluation & the Health Professions* vol. 42(3): 366–390.
- Skoog, Joakim. 2018. *Vårdens styrning*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
 SOU 2017:56. *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*
https://www.regeringen.se/49d73b/contentassets/24c0969c23664ab1ae15ee36501d4982/sou_2017_56_webb.pdf (Hämtad 2021-05-10).
- Sundström, Göran. 2016. "Strategisk styrning bortom NPM." *Statsvetenskaplig tidskrift* vol. 118(1): 145–171.
- Svensson, Frida & Almgren, Jan. 2018. "Reklam upprör: 'De vill få oss att ringa för minsta lilla'." *Svenska Dagbladet Näringsliv*. 26 juli.
<https://www.svd.se/reklam-uppror-de-vill-fa-oss-att-ringa-for-minsta-lilla> (Hämtad 2021-05-12).
- Teorell, Jan & Svensson, Torsten, 2007. *Att fråga och att svara. Statsvetenskaplig metod*. Malmö: Liber.
- Upphandlingsmyndigheten. 2020. *Lagen om valfrihetssystem (LOV)*.
<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/lagen-om-valfrihetssystem-lov/> (Hämtad 2021-05-09).