



# LUND UNIVERSITY

## Vad blir konsekvenserna av att byta från prestationsbaserad till fast ersättning?

En kartläggning av chefers uppfattningar om förändrad avtals- och ersättningsmodell inom psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm

Glenngård, Anna; Anell, Anders

2022

*Document Version:*

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Glenngård, A., & Anell, A. (2022). *Vad blir konsekvenserna av att byta från prestationsbaserad till fast ersättning? En kartläggning av chefers uppfattningar om förändrad avtals- och ersättningsmodell inom psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm.* (KEFU skriftserie; Nr. 2022:1). KEFU.

*Total number of authors:*

2

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

Anna Häger Glenngård

Anders Anell

**VAD BLIR KONSEKVENSERNA AV ATT BYTA FRÅN  
PRESTATIONSBASERAD TILL FAST ERSÄTTNING?**

- En kartläggning av chefers uppfattningar om förändrad avtals- och ersättningsmodell inom psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm

SKRIFTSERIE 2022:1



EKONOMIHÖGSKOLAN VID LUNDS UNIVERSIT

## Tack

Författarna vill rikta ett tack till psykiatrins ledningsgrupp och alla chefer inom psykiatrisk öppenvård i egen regi i Region Stockholm som har ställt upp med tid och klokskap genom att besvara enkäter och medverka i intervjuer om era erfarenheter av en förändrad avtals- och ersättningsmodell. Författarna vill också rikta ett tack till medarbetare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm för hjälp med studien: Tove Lugnegård som initierade studien; enhetschef och avtalshandläggare på Enheten för psykiatri och samverkan för hjälp med kunskap om historik och målsättningar med de gamla och nya avtalen; och Emeli Dahlskog och Stefan Lindeberg för teknisk support med enkäterna. Alla eventuella felaktigheter i rapporten ansvarar dock författarna själva för. Studien är en del av ett Forte-projekt (Forte 2017-02142) som handlar om pendeln mellan fast och rörlig ersättning i svensk sjukvård.

## FÖRORD

Hur man klokast fördelar resurser i organisationer är en delikat fråga som det ägnats mycket tankemöda åt. En renommerad budgetforskare, Aron Wildavsky, uttryckte grundproblematiken på följande sätt; *De mänskliga ambitionerna är alltid större än tillgängliga resurser*. I vilken mån mänskliga ambitioner påverkas om tilldelning av resurser sker via fasta anslag eller via en rörlig prestationsbaserad tilldelning har studerats i en tidigare KEFU-rapport från 2018. I den rapporten beskrivs Region Skånes resa från fasta anslag till prestationsbaserad ersättning och tillbaka till fasta anslag igen. Delvis med utgångspunkt i detta KEFU-finansierade projekt fick författarna möjlighet att genomföra en liknande studie inom ramen för ett forskningsprojekt finansierat av Forte. Denna gång har en longitudinell undersökning gjorts av en förändrad avtals- och ersättningsmodell i psykiatrisk öppen vård i egen regi i Stockholm.

Liksom i rapporten från 2018 pekar författarna i föreliggande rapport på betydelsen av att förstå både att, och hur, valda ersättningsmodeller samverkar med andra delar av den sammantagna styrningen vid en förändring. Förändring i en del av en organisations styrsystem påverkar även andra delar i detta styrsystem, om än i olika omfattning. Till exempel pekar studien på att budgetföljsamheten var fortsatt viktig, oaktat fast anslag eller ersättning via prestation. I jämförelse med Region Skåne gjorde Stockholm mer omfattande förändringar i sin sammantagna styrning (såsom förändringar i avtal, planeringshorisont, uppföljningsfrekvens mm). Detta större grepp har enligt författarna skapat större konsekvenser för verksamheten men även bidragit till en positiv syn på förändringen bland berörda chefer i Stockholm.

Projektet har finansierats av Forte och ligger i linje med de studier som KEFUs styrelse uppmuntrar. Rapportens innehåll och struktur har diskuterats inom ramen för skriftseriens redaktionella stöd innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författarna själva för de värderingar som görs i rapporten.

*Lund i maj*

*Ulf Ramberg*

*KEFU*

## SAMMANFATTNING

Syftet med studien som redovisas i denna rapport var att kartlägga och analysera chefers uppfattningar om konsekvenser av en förändrad avtals- och ersättningsmodell i psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm. Särskilt studeras konsekvenser av att byta från en ersättningsmodell med företrädesvis stor andel prestationsbaserad ersättning till en modell med övervägande fast ersättning och en längre avtalsperiod.

Bakgrunden till studien är den förändrades avtals- och ersättningsmodellen för psykiatri i egen regi i Stockholm som trädde i kraft den 1 januari 2019. I de tidigare ettåriga avtalen användes flera olika ersättningsmodeller inom olika delar av psykiatrisk öppenvård med företrädesvis stor del rörlig prestationsbaserad ersättning. Förändringen innebar att avtalen blev fyraåriga och att samma ersättningsmodell, med övervägande fast ersättning, infördes för hela den psykiatriska öppenvården i egen regi. Principer för uppföljning ändrades också – från att följa upp företrädesvis många prestationsmätt till att följa upp färre mått och införande av regelbundna dialogmöten mellan beställare och utförare.

Redovisade resultat bygger på deskriptiv statistisk analys av enkätdata och en tematisk analys av intervjudata, kompletterat med deskriptiv analys av registerdata. Empiriskt material samlades in under tre perioder:

- Mätpunkt 1: November 2018 – maj 2019, det vill säga före eller i samband med införandet av den nya avtals- och ersättningsmodellen. Vid detta tillfälle studerades inställningar bland chefer på olika nivåer till att en ny modell skulle införas samt uppfattningar om konsekvenser av att tillämpa olika ersättningsmodeller givet chefers tidigare erfarenhet av en företrädesvis rörlig ersättningsmodell.
- Mätpunkt 2: Juni 2020 – december 2020, det vill säga då den nya avtals- och ersättningsmodellen varit i drift närmare 2 år. Vid detta tillfälle studerades inställningar bland chefer på olika nivåer till att den nya modellen hade införts samt uppfattningar om konsekvenser av att tillämpa olika ersättningsmodeller givet att cheferna hade ny erfarenhet av den nya modellen med företrädesvis fast ersättning.
- Mätpunkt 3: Januari 2022 – mars 2022, det vill säga då den nya avtals- och ersättningsmodellen varit i drift drygt tre år. Vid detta tillfälle studerades på nytt inställningar bland chefer på olika nivåer till att den nya modellen hade införts samt uppfattningar om konsekvenser av att tillämpa olika ersättningsmodeller givet att cheferna hade längre erfarenhet av den nya modellen med företrädesvis fast ersättning.

Resultat från enkäter och intervjuer ger en samstämmig bild av chefers uppfattningar om ersättningsmodeller som en del i styrningen och konsekvenser av den förändrade avtals- och ersättningsmodellen.

Uppfattningarna om ersättningsmodellens roll i ledning och styrning i psykiatrisk öppenvård speglar slutsatser från den samlade litteraturen; nämligen att alla principer har för- och nackdelar, att ersättningsmodeller endast utgör en del av den sammantagna styrningen från huvudmannens sida och att tydlighet i uppdragsbeskrivningar, nivån på ersättningen utöver själva principen för att fördela resurser samt ändamålsenlig uppföljning är lika viktigt som ersättningsmodellens utformning.

Såväl förväntningar inför som upplevelser efter förändringen i avtals- och ersättningsmodell var positiva bland cheferna. En majoritet av cheferna på alla nivåer och i samtliga verksamhetsområden uppfattade förändringen som välkommen både 18 och 36 månader efter förändringen. De positiva uppfattningarna hänger samman med förändringar i avtalsmodellen som helhet och inte enbart förändringen när det gäller ersättningsprincip. Utöver den ökade flexibilitet som den nya ersättningsmodellen medger bidrog längre avtalsperiod, att avtalen blivit lika för alla verksamheter och en mer ändamålsenlig uppföljning till positiva förväntningar och upplevelser. Jämfört med prestationsbaserad ersättning upplevdes anslagsmodellen ge större professionellt handlingsutrymme för både chefer och medarbetare som träffar patienter. Anslagsmodellen upplevdes i stor utsträckning fungera mest som ett stöd i den egna styrningen medan prestationsbaserad ersättning inte gjorde det.

Verksamhetscheferna uttryckte en mer positiv inställning efter förändringen jämfört med enhetscheferna (första linjens chefer), som gav en mer varierad syn på förändringen. Att enhetscheferna uttryckte en mer varierad syn på förändringen, efter att den genomförts, kan hänga samman med att förändringen inneburit att avtalen blivit lika för alla verksamheter. Detta var en uttalad ambition bakom förändringen. Att avtalen blivit lika för alla verksamheter innebär i praktiken att förändringen slagit olika i olika verksamheter. Skillnader i initiala förutsättningar beaktas inte inom ramen för en modell som ser likadan ut för alla. Sådana skillnader märks i större utsträckning långt ut i organisationen där det dagliga arbetet med patienter sker. Det ska också noteras att de förändrade ersättningsprinciperna inte innebar en radikal övergång från en renodlad rörlig till en fast ersättning. Såväl före som efter förändringen tillämpas en mixad ersättningsprincip. En möjlig förklaring till verksamhetschefernas mer positiva uppfattningar efter förändringen kan vara att detaljeringsgraden i uppdraget från beställaren minskade, vilket fick direkta konsekvenser för relationen mellan avtalshandläggare och verksamhetscheferna. Kontrollen över verksamheterna flyttades i viss mån från beställare till utförare.

En majoritet av alla chefer som besvarade enkäten närmare tre år efter förändringen svarade att deras ledning och styrning var oförändrad. Så många som 92% svarade att deras uppföljning av att verksamheten håller sig inom givna ekonomiska ramar var oförändrad. Detta resultat visar att budgetföljsamhet upplevs som viktigt oaktat ersättningsmodellens utformning. Samtidigt visar enkät- och intervju svar att de i större utsträckning betonar ett ledarskap med fokus på att stötta medarbetare i sin professionella roll och att uppmuntra till förändrings- och förbättringsarbete efter förändringen.

Bilden av uppfattningar om konsekvenser för arbetssätt och medarbetare tyder å ena sidan på att det inte nödvändigtvis har blivit så stora förändringar för medarbetare som träffar patienter och å andra sidan på att arbetssituationen blivit mycket mer flexibel: Även om en majoritet av cheferna menade att den nya avtals- och ersättningsmodellen principiellt medger ökad autonomi och mer professionellt handlingsutrymme för medarbetare är det inte säkert att det blivit så kännbara konsekvenser av förändringen hela vägen ut i verksamheterna. Många förutsättningar för det dagliga arbetet är likartade efter jämfört med före förändringen. Budgetrestriktioner och krav på registrering av åtgärder förändrades inte med den nya avtals- och ersättningsmodellen. Det innebär också att den administrativa bördan inte nödvändigtvis har förändrats bland medarbetare. Samtidigt ger resultat från enkäter och intervjuer en samstämmig bild av att den nya avtals- och ersättningsmodellen medfört en ökad flexibilitet och bättre förutsättningar för att utveckla nya arbetsformer. Den nya ersättningsmodellen har möjliggjort en snabb omställning till distanskontakter och digifysiska möten i samband med Covid 19-pandemin. Detta har också inneburit en ökad flexibilitet i det dagliga arbetet genom att medarbetare har kunnat jobba hemifrån i viss utsträckning, vilket på längre sikt kan leda till en mer flexibel arbetsmiljö och en mer attraktiv arbetsplats enligt verksamhetscheferna.

Vad gäller upplevda konsekvenser för patienter och vårdens målsättningar tyder resultat från intervjuer och enkäter på att den förändrade avtals- och ersättningsmodellen har möjliggjort ett större fokus på vårdens kvalitet. Den nya modellen gjort det lättare att anpassa verksamheten till patienters behov, inte minst i samband med pandemin, och underlättat arbetet med processkartorna. Förändringen har också möjliggjort en mer effektiv och personcentrerad vård. Den nya modellen hindrar inte innovativa arbetssätt och bidrar till mer effektiv och ändamålsenlig användning av resurser (tid och personal), framförallt en balans mellan fysiska besök och distanskontakter. Detta bidrar till en bättre patientsäkerhet och bättre användning av resurser, enligt cheferna på olika nivåer.

Resultaten från studien bekräftar resultaten från en tidigare studie av chefers upplevelser av en förändrad ersättningsmodell i skånsk sjukhusvård (KEFU 2018:2): Ersättningsmodeller är endast en del av den sammantagna styrningen i verksamheter. Det finns andra styrsignaler som kan vara nog så starka som ekonomiska incitament. För att en förändring av ersättningsmodellen ska få genomslag i praktiken är det viktigt att se över hela styrmodellen så att de olika delarna pekar i samma riktning och stödjer varandra.



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD .....	1
SAMMANFATTNING .....	2
<b>KAPITEL 1 INTRODUKTION.....</b>	<b>8</b>
1.1 BAKGRUND TILL RAPPORTEN.....	8
1.2 SYFTE MED RAPPORTEN .....	10
1.3 DEN STUDERADE VERKSAMHETEN.....	11
1.4 RAPPORTENS DISPOSITION .....	11
<b>KAPITEL 2 TEORETISK BAKGRUND .....</b>	<b>12</b>
2.1 FLERA OLIKA ERSÄTTNINGSPRINCIPER MED OLIKA KRAV PÅ ADMINISTRATION OCH FÖRVÄNTADE EFFEKTER .....	12
2.2 OMFATTANDE LITTERATUR MEN MÅTTLIGT STARK EVIDENS.....	15
2.3 RESULTAT FRÅN EMPIRISKA STUDIER.....	16
2.4 VARFÖR ÄNDRAS ERSÄTTNINGSPRINCIPERNA? .....	18
2.5 BETYDELSEN AV ICKE-FINANSIELLA INCITAMENT.....	22
2.6 NÅGRA REFLEKTIONER UTIFRÅN FÖRÄNDRINGAR INOM PSYKIATRISK ÖPPENVÅRD I STOCKHOLM .....	23
<b>KAPITEL 3 METOD OCH EMPIRISKT MATERIAL .....</b>	<b>25</b>
3.1 METODANSATS.....	25
3.2 DOKUMENTSTUDIE OCH INTERVJUER MED BESTÄLLARE AV VÅRD .....	25
3.3 ENKÄT TILL CHEFER PÅ OLIKA NIVÅER .....	26
3.4 INTERVJUER MED CHEFER PÅ OLIKA NIVÅER .....	28
3.5 REGISTERDATA .....	30
3.6 VALIDERING AV DATA .....	31
3.7 ANALYS.....	31
<b>KAPITEL 4 VAD VILLE HUVUDMANNEN ÅSTADKOMMA MED FÖRÄNDRINGEN .....</b>	<b>33</b>

<b>KAPITEL 5 CHEFERS UPPFATTNINGAR OM FÖRÄNDRINGEN.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1 VERKSAMHETSCHEFERS ÖVERGRIPANDE TANKAR OM ERSÄTTNINGSMODELLER OCH EKONOMISK STYRNING.....</b>	<b>36</b>
<b>5.2 INSTÄLLNING TILL FÖRÄNDRINGEN I AVTALS- OCH ERSÄTTNINGSMODELL.....</b>	<b>39</b>
<b>5.3 UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR LEDNING OCH STYRNING .....</b>	<b>44</b>
<b>5.4 UPPFATTNINGAR OM KONSEKVENSER FÖR MEDARBETARE OCH PATIENTER .....</b>	<b>55</b>
<b>5.5 UPPFATTNINGAR OM FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT BEDRIVA FÖRÄNDRINGSARBETE....</b>	<b>67</b>
<b>KAPITEL 6 AVSLUTANDE REFLEKTIONER .....</b>	<b>74</b>
<b>6.1 CHEFERS INSTÄLLNING TILL EN FÖRÄNDRAD AVTALS- OCH ERSÄTTNINGSMODELL .....</b>	<b>74</b>
<b>6.2 ERSÄTTNINGSMODELLER ÄR ENDAST EN DEL I DEN SAMMANTAGNA STYRNINGEN .....</b>	<b>77</b>
<b>6.3 SKAPAR FAST ERSÄTTNING BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FÖRÄNDRINGSARBETE? .</b>	<b>78</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>80</b>
<b>BILAGOR.....</b>	<b>83</b>

# Kapitel 1

## INTRODUKTION

### 1.1 BAKGRUND TILL RAPPORTEN

Sedan 1990-talet har traditionell anslagsfinansiering kompletterats eller ersatts med rörlig eller prestationsbaserad ersättning i svensk sluten- och öppenvård vid sjukhus. År 1992 införde Stockholms läns landsting<sup>1</sup> prestationsbaserad, ersättning till sjukhusen, där prestationen mättes som summan av vårdkontakter viktade utifrån förväntad resursåtgång baserat på diagnosrelaterade grupper (DRG). Därefter har en sådan princip införts i flera regioner: Mellan 1992 och 2020 användes DRG-baserad rörlig ersättning till sjukhus i egen regi under olika perioder i 10 av 21 regioner (Glenngård och Ellegård, 2021). En majoritet av de regioner som införde prestationsbaserade ersättningsprinciper har nu återgått till fast anslag. År 2022 är det endast två regioner som ersätter sjukhus i egen regi baserat på DRG-poäng. En liknande utveckling syns i Danmark (Bureau m fl., 2018).

I en tidigare KEFU-rapport redovisas konsekvenser av en förändrad ersättningsmodell för den dagliga verksamheten och synen på styrning mellan huvudmän och vårdgivare baserat på resultat från en studie i Region Skåne, som under perioden 2005-2012 gjorde hela resan från fast anslagsfinansiering till prestationsbaserad ersättning och tillbaka till anslag igen (Ellegård och Glenngård, 2018). Resultaten från studien i Region Skåne visar att chefer på olika nivåer inte nödvändigtvis upplever så stora konsekvenser av en förändrad ersättningsmodell. Verksamhetschefer kan dämpa förändringar i den externa styrningen för att skydda medarbetare längre ut i verksamheterna. Det är också svårt att implementera renodlade ersättningsprinciper eftersom renodlade modeller tenderar att tackla ett problem åt gången medan beslutsfattare vanligen står inför flera utmaningar samtidigt. I praktiken blir därför förändringar ofta mellan olika mixade principer och då blir inte konsekvenserna lika kännbara som om förändringen skulle ha varit mellan renodlade principer. Sist, men inte minst kan andra styrsignaler vara nog så starka som ekonomiska incitament varför det

---

<sup>1</sup> Stockholms läns landsting blev Region Stockholm den 1 januari 2019.

inte räcker att lägga om ersättningsmodellen för att skapa ett förändrat beteende hos vårdgivare.

I föreliggande rapport ligger fokus på psykiatrisk vård i Region Stockholm, där avtals- och ersättningsmodellen förändrades den 1 januari 2019. I likhet med det skånska fallet innebar förändringen en övergång från en prestationsbaserad ersättningsmodell till en modell med övervägande fast ersättning men till skillnad från det skånska fallet innebar förändringen att flera andra delar i styrmodellen också lades om samtidigt. I de tidigare ettåriga avtalen fanns flera olika ersättningsmodeller inom olika delar av psykiatrisk öppenvård med företrädesvis stor andel detaljerad rörlig ersättning. Förändringen innebar att avtalen blev fyraåriga och att samma ersättningsmodell, med övervägande fast ersättning, infördes för hela den psykiatriska öppenvården i egen regi. Förändringen innebar också att nya principer för uppföljning infördes. Uppföljningen skulle bli lika för alla verksamheter, baserat på regelbunden uppföljningsdialog (fyra gånger per år) mellan huvudman (handläggare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, i Region Stockholm) och vårdgivare (verksamhetschef för respektive verksamhet). I den tidigare modellen fanns volymkrav för olika sorters besök och olika sorters besök ersattes med olika belopp, uttryckt som poäng. Till exempel ersattes fysiska besök hos en läkare eller psykolog högre än fysiska besök hos en sjuksköterska, kurator eller dietist och enskilda besök ersattes högre än gruppbesök. Digifysiska besök – internetbehandlingar och videokontakter – ersattes inte alls. I den nya modellen finns det fortsatt volymkrav, men uttryckt som en total volym av patientkontakter där olika sorters besök räknas lika, det vill säga att en kontakt motsvarar en poäng (oavsett form av patientkontakt).

Bakgrunden till förändringen, från huvudmannens sida, var att den tidigare modellen upplevdes försvåra för samverkan mellan olika aktörer som är involverade i omhändertagandet av patienterna, att den premierade kvantitet framför kvalitet i vården samt att den begränsade det professionella handlingsutrymmet bland medarbetare i vården. HSF i Stockholms läns landsting genomförde under hösten 2017 en enkätundersökning för att kartlägga uppfattningar om ersättningsmodellens styrande effekter bland verksamheter. Kartläggningen bekräftade de rådande uppfattningarna. Den visade översiktligt på uppfattningen att ersättningsmodellen premierade stora volymer av besök, motverkade samverkan med andra aktörer, kringskar den professionella autonomi samt medförde brister i patientsäkerhet. Vidare visade kartläggningen att vårdgivarna ansåg att den rörliga ersättningsmodellen inte medförde några incitament för att arbeta med kvalitetsförbättringar eller innovationer samt att den skapade onödigt administrativt arbete. De uppfattningar om modellen med stor

andel rörlig ersättning som rådde bland huvudman och verksamheter ligger i linje med litteratur om konsekvenser för vården gällande produktivitet, administrativ börda, kostnadskontroll, kvalitet, förutsättningar för innovationer och medarbetares frihetsgrader i sitt arbete kopplat till olika ersättningsmodeller (Lindgren, 2014; 2019; se även kapitel 2 i denna rapport). Fast ersättning som bestäms i förväg anses ge större handlingsutrymme åt verksamheter och medarbetare än rörliga modeller. Prestationsbaserade ersättningsmodeller har också kritiserats för att inverka negativt på vårdgivares professionella autonomi (Forsberg m fl., 2001): Läkare i Stockholms läns landsting, där prestationsbaserad ersättning infördes i sjukhusvården på tidigt 1990-tal, upplevde i högre utsträckning än läkare i landsting med anslagsfinansiering att deras professionella autonomi minskade under 1990-talet.

Givet resonemanget ovan, torde en förändring från en ersättningsmodell med företrädesvis stor andel prestationsbaserad ersättning till en modell med övervägande fast ersättning leda till ett större fokus på kvalitet och öka det professionella handlingsutrymmet för chefer och medarbetare samt underlätta förändringsarbete och införandet av innovationer. Den tidigare studien i Region Skåne liksom annan tidigare forskning tyder dock på att det är komplext att implementera förändrade ersättningsmodeller och att upplevda effekter bland berörda chefer och medarbetare är avhängigt många faktorer (Baxter m fl., 2015; Ellegård och Glenngård, 2018; 2019). Mer generellt framhåller litteratur från ekonomistyrningsfältet att alla delar i den sammantagna styrningen av en verksamhet måste utformas klokt och peka åt samma håll för att en förändring i en del ska få önskad effekt (Grabner och Moers, 2013; Malmi och Brown, 2008; Simons, 1995).

## **1.2 SYFTE MED RAPPORTEN**

Syftet med studien som redovisas i denna rapport var att kartlägga och analysera öppenvårdchefers uppfattningar om konsekvenser av en förändrad avtals- och ersättningsmodell utifrån exemplet psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm. Särskilt studeras konsekvenser av att byta från en ersättningsmodell med företrädesvis stor andel prestationsbaserad ersättning till en modell med övervägande fast ersättning samt längre avtalsperiod.

### 1.3 DEN STUDERADE VERKSAMHETEN

Studien är avgränsad till den psykiatriska öppenvården i egen regi i Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO. Denna omfattar omkring 200 vårdenheter och närmare 5 000 anställda som tar hand om närmare 100 000 patienter varje år. Den psykiatriska öppenvården i egen regi är fördelad på åtta verksamheter (utöver rättspsykiatri som exkluderas i studien) uppdelade i fyra verksamhetsområden.

**Tabell 1. Den studerade verksamheten**

Verksamhetsområde	Verksamhet	Medarbetare	Antal chefer	Patienter (ÖV)
Beroendevård	Beroendecentrum Stockholm	660	1 vc, 37 ec, 8 sc	19 700
Barn- och ungdom (BUP)	Barn- och ungdomspsykiatri	1 000	1 vc, 34 ec, 5 sc	23 000
Ätstörningar	Stockholms Centrum för Ätstörningar	130	1 vc, 4 ec	1 900
Vuxenpsykiatri	Norra Stoskholms psykiatri	900	1 vc, 26 ec, 6 sc	13 800
	Psykiatricentrum Södertälje	220	1 vc, 7 ec, 2 sc	4 000
	Psykiatri Nordväst	550	1 vc, 19 ec, 2 sc	10 500
	Psykiatri Södra Stockholm	680	1 vc, 9 ec	12 100
	Psykiatri Sydväst	500	1 vc, 16 ec, 3 sc	10 300
Öppenvård psykiatri	Ovan åtta verksamheter samt rättspsykiatri	4 640	1	95 300

VC=verksamhetschef, EC=enhetschef, SC=sektionschef

### 1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 presenterar vi en teoretisk bakgrund om olika principer för att ersätta vårdgivare och vilka konsekvenser dessa kan tänkas medföra för olika aktörer i vården. I kapitel 3 redogör vi för metodansats och det empiriska material som ligger till grund för rapporten, det vill säga enkätsvar från och intervjuer med verksamhetschefer, sektionschefer och enhetschefer före och efter förändringen samt registerdata. I kapitel 4 redovisar vi vad huvudmannen ville uppnå med förändrad avtals- och ersättningsmodell och i kapitel 5 redovisar förväntade och upplevda effekter av förändringen baserat på resultat från enkäter och intervjuer med chefer på olika nivåer samt registerdata. Avslutningsvis presenterar vi några reflektioner om resultaten kopplat till syftet med den införda förändringen och teoretiska utgångspunkter.

## Kapitel 2

# TEORETISK BAKGRUND

### 2.1 FLERA OLIKA ERSÄTTNINGSPRINCIPER MED OLIKA KRAV PÅ ADMINISTRATION OCH FÖRVÄNTADE EFFEKTER

Det finns ett flertal olika ersättningsprinciper. Dessa principer kan också utformas och kombineras på olika sätt. För att beskriva och förstå de ekonomiska incitament som en viss praktiserad ersättning ger upphov till är det därför värdefullt med förenklade modeller som särskiljer alternativen och dess principiella innebörd. En första sådan modell, som skiljer mellan olika former av fast och rörlig ersättning (i vilket avseende ersättningen varierar beroende på den volym vård som tillhandahålls), redovisas i tabell 2. Beroende på vilket alternativ som väljs ställs olika administrativa krav och de ekonomiska incitament som införs för vårdgivare kommer att variera.

**Tabell 2. Olika ersättningsprinciper och exempel**

Typ	Fast ersättning		Rörlig ersättning	
Objekt	Resurser/ Input	Registrerade individer eller patienter	Aktiviteter/ prestationer	Målbaserad
Exempel	- Detaljerad budget - Ram- budget	- Fast ersättning för listade i primärvården (kapitering), med eller utan val för individer	- Fee-for- service - Besök, vårdtag - DRG (Diagnos related groups). -Vård- episoder	- Ersättning utifrån måluppfyllelse (struktur, process, resultat)

Administrativt enklast är en rambudget medan de administrativt ”tyngsta” principerna är ersättning utifrån fee-for-service (FFS), det vill säga ersättnings utifrån vad som görs för patienter på detaljnivå, eller utifrån måluppfyllelse. Kraven på administration är dock bara ett av flera kriterier för val av

ersättningsprincip. Det är inte heller säkert att t ex en övergång till rambudget innebär att administrationen minskar. Det ställs också andra krav på att registrera och dokumentera det som görs för patienter i vården. Att koppla ersättningen till befintlig registrering behöver då inte medföra någon omfattande ny administrativ börda. Det kan dock vara angeläget att analysera hur befintlig dokumentation påverkas av att den kopplas till ekonomiska incitament. Svenska studier visar t ex att målbaserad ersättning för diabetespatienter påverkar registreringen i nationella diabetesregistret (Ödesjö m fl., 2015).

En mera rimlig första utgångspunkt för att bestämma ersättningsprinciper är vad man vill uppnå, det vill säga vilka incitament man vill införa och hur dessa kan kopplas till olika mål för verksamheten. En fast ersättning ger ekonomiska incitament till kostnadskontroll och innovationer som avser förändrade processer och ökad effektivitet inom givna resurser. Samtidigt finns inga incitament för hög produktivitet eller hög kvalitet. En återkommande rekommendation i litteraturen är därför att en fast ersättning kombineras med en förstärkt uppföljning och/ eller konkurrens som innebär att beställare och/eller patienter kan välja bort vårdgivare med sämre produktivitet och kvalitet.

En rörlig ersättning ger starka incitament att producera mer av det som den rörliga ersättningen avser. Det innebär att de förväntade effekterna beror helt på hur objektet för ersättningen definieras. En ersättning baserat på DRG-poäng ger incitament att producera mer DRG-poäng, medan en ersättning per besök eller hela vårdepisoder ger helt andra incitament. Beroende på hur objektet för ersättningen definieras kan också innovationer blockeras, t ex när det gäller nya behandlingar (som ännu inte fått en ersättning) eller arbetsväxling mellan personal (om den rörliga ersättningen kopplas till enskilda yrkeskategorier). En rörlig ersättning ställer därför mycket högre krav på att föremålen för ersättningen och ersättningsnivåerna ständigt uppdateras i takt med nya behandlingar och ny evidens tillkommer. En återkommande rekommendation i litteraturen är också att en rörlig ersättning kombineras med någon form av kostnadskontroll.

Målbaserad ersättning, eller pay-for-performance (P4P), har fått stor uppmärksamhet under senare årtionden. En generell bakgrund är att allmänt missnöje med traditionella former av fast respektive rörlig ersättning, som uppfattats som suboptimala. Framst i amerikansk hälso- och sjukvård har också funnits en växande kritik mot variationer i vårdens kvalitet och att de rörliga ersättningsprinciper som använts i första hand främjat en stor volym vård utan att beakta patientnyttan. Målbaserad ersättning har varit en viktig ingrediens i så kallad Värdebaserad vård, som även fått stor uppmärksamhet i svensk vård.



I likhet med andra former av rörlig ersättning påverkas administrativa krav och förväntade konsekvenser av målbaserad ersättning av objekten för ersättningen. Exempel på olika typer av indikatorer som en målbaserad ersättning inom diabetesområdet kan knytas till redovisas i tabell 2.2. Beroende på vilken indikator som väljs ges olika incitament och förutsättningar för innovationer. De flesta indikatorer som används som underlag för uppföljning i vården är processindikatorer, det vill säga indikatorer som mäter aktiviteter och insatser som i bästa fall är evidensbaserade. Sådana indikatorer ger begränsade incitament för vårdgivare att utveckla egna innovationer utan stödjer framför allt implementering av generell evidens. Utfallen (den egentliga patientnyttan) uppstår ofta på längre sikt och är svårare att följa upp. För diabetes krävs det lång tid och mycket data innan man kan skilja mellan olika vårdgivares kvalitet utifrån de komplikationer som diabetessjukdomen kan medföra. Komplikationer kan också förklaras av annat än vårdgivarens insatser, vilket är faktorer som måste kontrolleras för i uppföljningen. I många sammanhang, däribland diabetes, fokuserar den löpande uppföljningen istället intermediära utfallsindikatorer. En vanlig sådan indikator när det gäller kroniska sjukdomar är behandlingsmål baserat på kliniska markörer. En sådan indikator ger större frihetsgrader för vårdgivare att pröva egna och nya metoder för att nå målen.

Med intermediära utfallsindikatorer är det enklare att på kort sikt påvisa skillnader i kvalitet över tiden och mellan vårdgivare än med egentliga utfallsmått. Samtidigt finns en osäkerhet eftersom sambanden mellan intermediära indikatorer och patientnyttan inte alltid är given. Det kan finnas skäl att avvika från intermediära behandlingsmål för enskilda patienter om det finns samtidiga sjukdomar eller biverkningar av behandlingen. Det måste finnas beredskap att ompröva intermediära utfallsindikatorer i takt med att kunskaperna om sambanden med egentlig patientnytta utvecklas.

**Tabell 3. Exempel på olika typer av indikatorer inom diabetesområdet.**

Typ av indikator	Exempel inom området diabetes
Struktur	Förekomst av diabetesmottagning med specialistsjuksköterska.
Process	Registrering av testvärden för diabetiker i Nationella Diabetesregistret (NDR).
Intermediärt utfall	Andel diabetiker som når behandlingsmål (ex. HbA1c, blodtryck, kolesterolnivå).
Utfall (patientnytta)	Minskat antal komplikationer (ögon, njurar, fötter) till följd av diabetes.

*Källa: Anell (2010).*

Som framgått av redovisningen ovan finns stora möjligheter att variera formerna för ersättning. De olika principer som redovisats kan också kombineras. Det är t ex vanligt att en fast ersättning kombineras med en rörlig ersättning per besök och kanske att en viss andel av ersättningen baseras på måluppfyllelse. En sådan kombination av principer är också en återkommande rekommendation i litteraturen. Den främsta bevekelsegrunden bakom denna rekommendation är snarare konstaterade brister i de olika principerna var och en för sig, än att det skulle finnas starka empiriska belegg för att en kombination leder till bättre utfall.

## **2.2 OMFATTANDE LITTERATUR MEN MÅTTLIGT STARK EVIDENS**

Det finns en omfattande litteratur om för- och nackdelar med olika former av ersättningsprinciper. Det kan kopplas samman att frågor om ersättningsprinciper, vad som är ”den bästa lösningen”, vanligtvis får stort utrymme i diskussioner om hur vården bör styras. Det gäller både i svensk hälso- och sjukvård och vården i andra länder. Trots en omfattande litteratur kan evidensen betraktas som måttligt stark, åtminstone i ett kliniskt forskningsperspektiv. Det beror på att det i stort sett helt saknas randomiserade studier inom området. Det är också praktiskt svårt att genomföra den typen av välkontrollerade studier. De randomiserade studier som finns avser i första hand experiment med t ex läkarstudenter som ombeds ta ställning till ”case” i form av fiktiva patienter med fiktiv ersättning. Den externa validiteten kan då ifrågasättas.

Empiriska studier består i huvudsak av olika former av observationsstudier. Det leder till svårigheter att kontrollera alla tänkbara variabler som kan påverka utfallen, t ex att det finns en selektionseffekt bland vårdgivare om de har möjlighet att välja de ersättningsprinciper de verkar inom. De effekter som uppstår bland vårdgivare som t ex ersätts med en helt rörlig ersättning behöver då inte gälla för vårdgivare generellt. Även kontexten har betydelse. En och samma ersättningsprincip kan t ex få olika effekt beroende på vem som är ägare till en vårdgivare och hur styrningen i stort påverkas. En annan faktor som påverkar är hur tydlig uppdelningen mellan beställare och utförare är. Med en ”intern” uppdelning finns risk för att både beställare och utförare inte tar kontrakt och ersättningsprinciper på fullt allvar. De kontrakt som upprättas har heller ingen legal status och kan i princip omprövas och ersättas av något annat av den övergripande ledningen när som helst. Mera generellt kan chefer genom sitt agerande förstärka eller motverka effekterna av en ersättningsprincip. En annan faktor som påverkar är den kultur och identitet som präglar vårdpersonalen. En stark professionell kultur och identitet kan motverka eller förstärka effekterna av ekonomiska incitament.

Kontextens betydelse är också viktig att beakta i före- och efterstudier om konsekvenserna av att ändra i en ersättningsprincip. En förändring av ersättningsprinciperna är ofta en del av en större förändring där även annan styrning ändras och kanske även hur olika mål prioriteras. En förändring kan också i sig ge konsekvenser, oavsett riktningen på förändringen. För en verksamhet som inte förändrats under lång tid kan en förändring ge nya möjligheter och ses som något positivt av chefer och vårdpersonal. För en verksamhet som ständigt utsatts för förändringar kan motsvarande förändring ses som ännu en administrativ börda, som genomförs utan förhoppningar om positiva resultat. Även det faktum att verksamheten studeras kan ge upphov till effekter. Inom ramen för randomiserade studier kan man kontrollera för detta (motsvarande kontroll av placeboeffekter) men dessa förutsättningar saknas i prospektiva före- och efterstudier av förändrade ersättningsprinciper.

### **2.3 RESULTAT FRÅN EMPIRISKA STUDIER**

Sett till de empiriska studier som publicerats bekräftas till stor del vad som kan förväntas givet de ekonomiska incitament som följer av olika ersättningsprinciper (för svenska översikter, se Jacobsson, 2007; Anell, 2010; Lindgren, 2019). En rörlig ersättning premierar större volymer av vård medan en fast ersättning premierar kostnadskontroll. Effekterna påverkas dock av vilka ersättningsprinciper som tillämpades tidigare samt i vilken kontext som

principerna införs, inklusive eventuella parallella åtgärder. Studier av övergången från prestationsbaserad till fast ersättning i Region Skåne visar till exempel att konsekvenserna av förändringen hänger samman med många olika faktorer, inte minst i vilken utsträckning som andra styrmekanismer stödjer förändringen samt i vilken utsträckning som chefer tar tillvara det ökade handlingsutrymmet (Glenngård och Ellegård, 2018; Ellegård och Glenngård, 2018; 2019).

Ovan nämnd studie av Region Skåne är baserad på intervjuer med chefer på olika nivåer. De flesta studier hämtar dock data från antalet besök och påverkan på kostnader. Studier om hur kvalitet, förutsättningar för samverkan liksom vården i stort påverkas är mera ovanliga. Det beror till stor del på att data som möjliggör sådana fördjupade studier saknas. Det saknas t ex vanligen information om besökens längd och innehåll i de studier som avser öppen vård. I studier från länder som Kanada där sådana data finns och där det dessutom finns möjligheter att jämföra olika principer framkommer att effekterna följer de ekonomiska incitamenten ganska väl. Baserat på observationsstudier noterade t ex Dumont m fl. (2008) att en valfri förändring från FFS till mixad ersättning (högre andel fast ersättning) bland familjeläkare reducerade volymen vård (6,15%), minskade tiden med patienter (2,57%) samt ökade tiden för lärarinsatser och administration bland läkarna (7,9%). Sarma m fl. (2010) visade att kanadensiska familjeläkare som ersätts med mixade ersättningsprinciper genomförde 15-31% färre patientbesök per vecka jämfört med läkare som ersattes med FFS.

Melichar (2009) visade i en annan kanadensisk observationsstudie att besöken blev kortare (-1,14 min.) för patienter som ersätts med kapitering, jämfört med patienter som ersätts enligt fee-for-service. Detta resultat motsvarar inte det som kan förväntas, baserat på den svenska debatten att en fast ersättning ger möjligheter att genomföra alla insatser inom ramen för ett besök och undvika ”snuttifiering” och uppdelning på många besök. Experimentella studier, företrädesvis bland läkarstudenter, visar också att läkare som ersattes med kapitering gav färre insatser jämfört med FFS även om det inte fanns några skillnader i insatserna vid livsavgörande insatser (Shen, 2004). En annan experimentell studie visade att patienter med större behov får mer insatser vid FFS, medan patienter med mindre behov får mer insatser vid kapitering (Hennig-Schmidt m fl., 2011).

När det gäller målbaserad ersättning finns många studier och översikter som pekar i samma riktning. Systematiska översikter visar att ersättning som knyts till processmått baserade på aktiviteter som fastställts i riktlinjer oftast har liten effekt, medan ersättning som knyts till bredare utfallsmått som mortalitet inte har

någon signifikant effekt (Eijkenaar m fl., 2013; Ogundeji m fl., 2016; Petersen m fl., 2006; Rosenthal och Frank, 2006; Scott m fl., 2011; Van Herck m fl., 2010). Översikterna visar också på gap i forskningen, t ex avsaknad av kontrollgrupper och få studier utanför USA och Storbritannien.

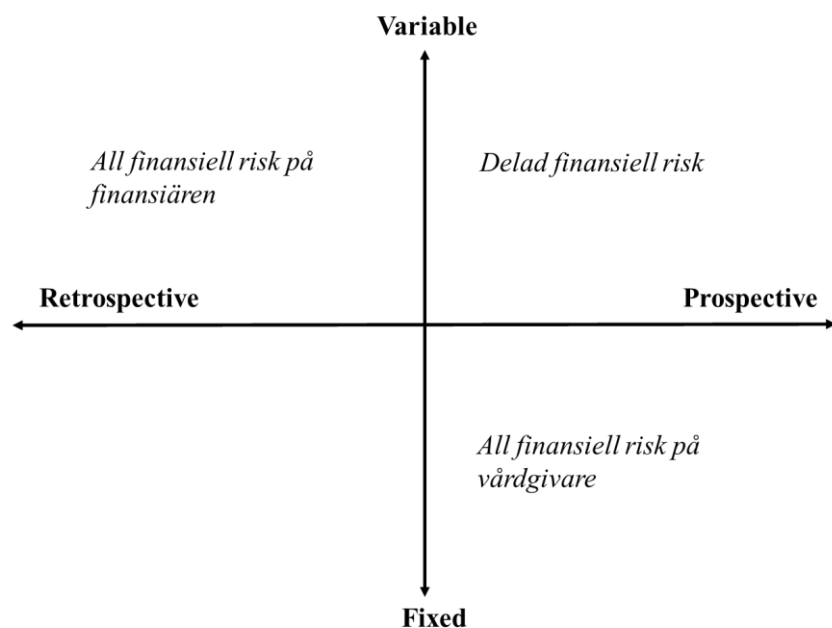
Av stor betydelse för svenskt vidkommande är att en stor andel av forskningen om ersättningsprinciper fokuserar privata vårdgivare eller individuella läkare (när det gäller öppen vård). Oftast finns en tydlig uppdelning mellan beställare/finansiärer och vårdgivare. Motiven bland sådana vårdgivare och läkare skiljer sig sannolikt från svenska offentliga vårdgivare där läkare och annan vårdpersonal vanligtvis är anställd med fast lön. Det finns inget vinstintresse bland de flesta svenska vårdgivare och anställda får vanligtvis inte bättre lön om de producerar mer eller redovisar bättre resultat. Det är inte samma sak som att det skulle saknas ekonomiska incitament bland svenska vårdgivare. Det gäller att få ihop budgeten så att man kan bibehålla eller eventuellt förstärka på personalsidan. Flertalet vårdgivare inom öppen vård är också privata, vilket allt annat lika ökar betydelsen av hur ersättningsprinciperna utformas.

## **2.4 VARFÖR ÄNDRAS ERSÄTTNINGSPRINCIPERNA?**

Det går att hävda att en strikt fast eller rörlig ersättningsprincip leder till instabilitet genom att fördelningen av risk mellan beställare och vårdgivare blir orimlig. En sådan instabilitet kan också ge grogrund för krav på förändringar. Med en helt rörlig ersättning finns liten risk för att vårdgivare ska hamna i ekonomiska problem. Däremot finns en stor risk att beställare och vårdens finansiärer drabbas av okontrollerbara kostnadsökningar, som i förlängningen också kan leda till kritik och förlorat förtroende från invånare som betalar skatt eller försäkringspremier. Omvänt finns ingen risk för oväntade kostnadsökningar för beställare och finansiärer med en helt fast ersättning. Däremot är risken stor att vårdgivare får prioritera alltför hårt, vilket är en annan grund för kritik och förlorat förtroende från både skattebetalare och vårdpersonal. Figur 1 kategoriserar olika ersättningsprinciper utifrån hur den finansiella risken fördelas mellan vårdgivare och beställare/finansiärer. Vid en retrospektiv och rörlig ersättning (ersättning i efterhand utifrån de kostnader som uppstår) ligger all risk på finansiären. Vid utveckling mot prospektiv och rörlig ersättning förskjuts risken mot vårdgivare, vilket gäller i ännu högre grad om ersättningen är prospektiv och fast. Vid den senare lösningen ges en fast ersättning som inte ändras oberoende av hur behov och andra förutsättningar utvecklas. Ersättningsprinciper som fördelar de finansiella riskerna i sin helhet på antingen vårdgivare eller beställare/finansiärer

innebär att det för eller senare finns risk för ett stort missnöje hos endera parten. Det kan därför hävdas att sådana lösningar är instabila. En långsiktigt hållbar lösning tar sikte på att åstadkomma en rimlig balans och en acceptabel fördelning av riskerna på vårdgivare respektive beställare/finansiärer.

En sådan balans och fördelning av risk innebär också att ett visst mått av missnöje med ersättningsprinciperna, bland t ex verksamhets- eller enhetschefer, inte ensamt är tillräckliga argument för en förändring. I en tidigare enkätstudie av uppfattningar bland verksamhetschefer för vårdcentraler uppmättes samma grad av missnöje, oavsett hur ersättningsprinciperna utformats och andelen rörlig ersättning (Anell m fl., 2012). Något oegentligt var också andelen missnöjda när det gäller möjligheter till prioritering efter behov opåverkad av om den fasta ersättningen var riskjusterad utifrån sjukdom och socioekonomiska faktorer. Den förväntade effekten var att en sådan riskjustering skulle underlätta för prioritering efter behov, men detta stämde inte med uppfattningar bland verksamhetschefer i jämförelse med de landsting som inte riskjusterade den fasta ersättningen. En möjlig förklaring är att uppfattningar bland chefer, t ex graden av missnöje, har ett komplext samband med utformning av ersättningsprinciper. Ett stort missnöje kan ge anledning att ändra på ersättningsprinciperna, varefter uppfattningar bland chefer åtminstone på kort sikt kan vara oförändrade innan de nya principerna får effekt. Särskilt bland vårdpersonal kan det också finnas dålig och/eller inaktuell kunskap om vilka ersättningsprinciper som används. Sammantaget innebär dessa erfarenheter att enkätstudier om chefers och vårdpersonals uppfattningar ska tolkas med försiktighet. Samtidigt är kunskap om sådana uppfattningar viktiga. Det är chefers och vårdpersonals uppfattningar om ersättningsprinciperna som påverkat eventuella ändrade beteenden och prioriteringar, och även vilken inställning som finns till beställare och den övergripande ledningens intentioner.



**Figur 1. Kategorisering av ersättningsprinciper utifrån dimensionerna fast/rörligt erspektive prospektivt/retrospektivt. Källa: Efter Jegers, et al. Health Policy 2002; 60: 255-73.**

Till viss del kan utvecklingen av ersättningsprinciper över tiden i olika länders hälso- och sjukvårdssystem beskrivas som ett sökande efter nya lösningar pga missnöje med de lösningar som praktiseras. Det är därför inte så konstigt att utvecklingen ser olika ut i skilda länder beroende på utgångspunkterna. I amerikansk vård finns en stark tradition av rörlig ersättning till olika privata vårdgivare med starka ekonomiska incitament att tillhandahålla en stor volym av vård. Det gäller både för sjukhus och kliniker men även för enskilda läkare som ofta har fått lön utifrån hur mycket vård de producerat. Förändrade principer sedan senare delen av 1970-talet har därför präglats av olika försök att införa prospektiva och fasta element i ersättningen, t ex i form av DRG-ersättning och ersättning utifrån kapitering, vårdepisoder och målbaserat. I svensk vård har traditionen snarare varit att ersätta med olika former av budgetar. I försök att lösa problem med brister i tillgänglighet har detta kombinerats med en rörlig ersättning sedan början av 1990-talet. Samtidigt som DRG-ersättningen infördes i USA som ett försök att kontrollera kostnaderna infördes samma lösning i svensk vård som ett försök att stimulera ökade volymer av vård. Ett gemensamt drag i olika länder är dock att nya lösningar inte sällan utmålats som bättre än befintliga. I takt med att de införts har dock förhoppningarna ofta grusats, vilket gett grogrund för ett sökande efter ytterligare nya alternativ. Detta mönster kan också konstateras när det gäller målbaserad ersättning. En viktig lärdom är att ha rimliga förväntningar på vad nya ersättningsprinciper kan åstadkomma. Med alltför stora förhoppningar

finns risk för att kritik om att de högt ställda målen inte uppnåddes, som leder till krav på ytterligare förändringar.

Samtidigt med ovanstående sökande efter nya alternativ som är bättre än befintliga finns ett mönster i utvecklingen som hänger samman med hur olika mål för hälso- och sjukvården prioriterats. Som redan noterats har en fast ersättning fördelar när det gäller kostnadskontroll, men detta är enbart ett av flera olika mål i hälso- och sjukvården och knappast det som prioriteras högst bland vårdpersonal eller patienter. I den allmänna debatten om vårdens styrning har olika mål fått olika utrymme över tiden, se figur 2. Tidigare, från mitten av 1950-talet till 1970-talet, fokuserad svensk sjukvård på utbyggnad av gemensamma system som skulle garantera alla invånare vård av god kvalitet. Detta mål finns naturligtvis fortfarande kvar, men har även kompletterats (och fått konkurrens av) andra mål. Under 1980-talet formulerades krav på kostnadskontroll, vilket innebar att rambudgetar med ansvar för chefer att hålla budgeten utvecklades och betonades. Något senare kompletterades målen med krav på ökad tillgänglighet och produktivitet, vilket innebar att DRG och andra former av rörlig ersättning infördes. Under senare tid har kraven på kvalitet och värde för pengarna ökat, vilket gett grogrund för målbaserad ersättning. Kort sagt är ersättningsprinciper ett flexibelt styrinstrument som förhållandevis snabbt kan anpassas till de mål som för tillfället prioriteras.

- **Vård på lika villkor (“equity”)**
  - Utbyggnad av offentliga system, administrativ kontroll
- **Kostnadskontroll, produktivitet (“cost containment”, “efficiency”)**
  - konkurrens, valfrihet, privata alternativ och managementmodeller från näringslivet (från 1990-tal)
- **Resultat och värde för pengarna (“performance”, “value-based health care”)**
  - ökat fokus på transparens, kvalitet, värde för pengarna, kvalitetsregister, mål och indikatorer, “standards” (2000-tal)

**Figur 2. Tre faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem.**

Källa: Fritt efter Cutler D. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40: 3: 881-906.

Ersättningsprincipernas flexibilitet är inte bara en fördel utan kan också medföra nackdelar om de ändras för ofta. En stor utmaning är att utforma ersättningsprinciperna så att de beaktar samtliga relevanta mål för hälso- och



sjukvården. För att hantera den utmaningen kan befintliga referensramar användas, se ruta. De målsättningar som inte explicit kan beaktas vid utformning av ersättningsprinciper får hanteras i parallella system, t. ex. i form av förstärkt uppföljning.

Referensramar för övergripande mål i hälso- och sjukvården

Ett svenskt exempel är Socialstyrelsens definition av ”God vård” utifrån sex kvalitetsområden: kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård och jämlik vård (Socialstyrelsen 2005:12).

WHO:s referensram enligt Världshälsorapporten år 2000 skiljer mellan förbättrad folkhälsa (*health*), rättvis finansiering (*fair financial contribution*) samt lyhördhet för människors förväntningar (*responsiveness to people’s non-medical expectations*).

Institute of Medicine (2001) identifierade patientsäkerhet (*safe*), effektivitet (*effective*), patientcentrering (*patient-centered*), tillgänglighet (*timely*), kostnadseffektivitet (*efficiency*) och rättvis fördelning (*equity*) som viktiga mål.

En annan utgångspunkt är att skilja mellan kvalitet på individuell patientnivå respektive kvalitet på populationsnivå (Campbell m fl 2000; Lester och Roland 2009). Individuell kvalitet avser möjligheter för patienter att få kontakt med vårdgivare (*can patients access health care*) samt hur säker och effektiv vården är för individen när man väl fått denna kontakt (*is it any good when they arrive*). I ett populationsperspektiv tillkommer målsättningar knutna till kostnadseffektivitet och rättvis fördelning (*efficiency, equity*).

## **2.5 BETYDELSEN AV ICKE-FINANSIELLA INCITAMENT**

Under senare år har kvalitetsindikatorer som underlag för målbaserad ersättning och ekonomiska incitament tonats ned i många regioner och även internationellt. En förklaring är bristen på evidens för att denna styrning fungerar som det är tänkt. Det har också funnits en tidigare kritik att ekonomiska incitament kan leda till undanträngning av professionella drivkrafter och att vårdgivare ignorerar uppgifter som inte är föremål för ersättning (Holmström och Milgrom, 1991; Anell, 2010) som vuxit i styrka. Inte minst har kritiken från berörda professioner vuxit. Det har hävdats att vårdgivare utsätts för en stor administrativ börda och en kontroll som signalerar misstro och begränsar den professionella autonomin. Det har också framförts kritik att ekonomiska incitament kan korrumpiera kvaliteten i

de medicinska registren och därmed förstöra möjligheterna att använda dem för att förbättra patientnyttan.

Det är oklart i vilken grad upplevelser av ökad administration och begränsad autonomi bland läkare enbart beror på att kvalitetsindikatorer används som underlag för ekonomisk styrning och kontroll. Det finns även en parallell utveckling mot en mera evidensbaserad och standardiserad vårdpraxis som kan ha betydelse för dessa upplevelser. Bringselius (2017) har jämfört denna trend i vården med en generell byråkratisk trend inom offentlig förvaltning mot en s k ”Neo Weberian State” (Pollit och Bouckart, 2011). Enligt denna trend är det en omvandlad traditionell byråkrati som ska svara för ökad kvalitet i offentlig förvaltning, snarare än kvalitetsdriven konkurrens eller målbaserad ersättning. Kontrollen sker direkt inom byråkratin genom att vårdgivare som avviker från standards i allt högre grad måste förklara sig och ange skäl. Denna utveckling mot vårdstandards i form av kliniska riktlinjer och vårdprogram drivs av professionerna själva, även om utvecklingen också efterfrågas av tjänstemän och politiker och blir en del av kunskapsstyrningen. Under 2018 etablerades ett nationellt system för sådan kunskapsstyrning omfattande 23 programråd där landsting och regioner gemensamt ska ge kunskapsstöd som kan användas av vårdteamet för att skapa värde för patienterna. Utvecklingen mot en evidensbaserad och standardiserad vård kan således förväntas tillta. I statens fortsatta satsningar på utveckling av nationella kvalitetsregister framgår också att kvalitetsregistren ska vara en integrerad del i den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård. På så sätt finns en risk för att kritiken från professioner när det gäller begränsad autonomi snarare kommer att tillta än avta, allt beroende på syftet med uppföljningen och hur den utformas.

En möjlighet är att fokusera mera på lärande snarare än kontroll i uppföljningen. Ett sådant fokus får stora konsekvenser för vilka indikatorer som bör följas upp, synen, på vem som ska formulera målen, hur återkopplingen sker och hur utfall kopplas samman med icke-finansiella incitament. I stället för att använda ekonomiska incitament, främjas motivation till förändring genom en förstärkt och transparent uppföljning som utgår ifrån en professionell identitet (Anell, 2019).

## **2.6 NÅGRA REFLEKTIONER UTIFRÅN FÖRÄNDRINGAR INOM PSYKIATRISK ÖPPENVÅRD I STOCKHOLM**

Förändringar av ersättningsprinciper inom Region Stockholm omfattar flera olika komponenter som i sin tur kan kopplas samman med olika bakomliggande

intentioner och målsättningar. En första förändring är att ersättningsprinciperna görs mera enhetliga, vilket ska bidra till ökad transparens och jämlika förutsättningar mellan olika verksamhetsdelar. En andra förändring är att det sker en övergång till mera fast ersättning och att den rörliga ersättningen görs professionsneutral. Bakomliggande intentioner är att den lokala autonomin ska öka och att ersättningsprinciperna inte ska ”stå i vägen” för kloka och personcentrerade beslut i verksamheten. Det finns även en övergripande ambition att skapa mera långsiktighet i verksamhetens ekonomiska förutsättningar.

Betydelsen av dessa förändringar varierar mellan olika delar av verksamheten. För en del verksamheter kommer förändringen i ersättningsprinciperna att vara begränsade. Mot den bakgrund är det rimligt att förvänta sig en variation i uppföljningens resultat, beroende på vilken verksamhet som avses.

Projektet studerar uppfattningar bland chefer vilket innebär att resultaten ska tolkas med försiktighet. Uppfattningar har sannolikt ett komplext samband med faktiska ersättningsprinciper. Det kan finnas eftersläpningar. Det kan vara värdefullt att efterfråga konkreta exempel på vad förändringen inneburit. Uppfattningar påverkas även av hur chefer uppfattar intentionerna bakom förändringarna.

## Kapitel 3

# METOD OCH EMPIRISKT MATERIAL

### 3.1 METODANSATS

Resultaten som redovisas i denna rapport bygger på deskriptiv statistisk analys av enkätdata och en tematisk analys av intervjudata, kompletterat med deskriptiv analys av registerdata. Metodansatsen var en så kallad före-efter-studie. Vi studerade uppfattningar om ett studieobjekt (konsekvenser av avtals- och ersättningsmodell) före och efter en införd förändring eller intervention (övergång från företrädesvis prestationsbaserad till övervägande fast ersättning och längre avtalsperiod). Empiriskt material samlades in under tre perioder:

- Mät punkt 1 (Före förändringen): November 2018 – maj 2019, det vill säga före eller i samband med införandet av den nya avtals- och ersättningsmodellen. Vid detta tillfälle studerades inställningar bland chefer på olika nivåer till att en ny modell skulle införas samt uppfattningar om konsekvenser av att tillämpa olika ersättningsmodeller givet chefers tidigare erfarenhet av en företrädesvis rörlig ersättningsmodell.
- Mät punkt 2 (18-24 månader efter förändringen): Juni 2020 – december 2020, det vill säga då den nya avtals- och ersättningsmodellen varit i drift närmare 2 år. Vid detta tillfälle studerades inställningar bland chefer på olika nivåer till att den nya modellen hade införts samt uppfattningar om konsekvenser av att tillämpa olika ersättningsmodeller givet att cheferna hade ny erfarenhet av den nya modellen med företrädesvis fast ersättning.
- Mät punkt 3 (36-38 månader efter förändringen): Januari 2022 – mars 2022, det vill säga då den nya avtals- och ersättningsmodellen varit i drift drygt tre år. Vid detta tillfälle studerades inställningar bland chefer på olika nivåer till att den nya modellen hade införts samt uppfattningar om konsekvenser av att tillämpa olika ersättningsmodeller givet att cheferna hade längre erfarenhet av den nya modellen med företrädesvis fast ersättning.

### 3.2 DOKUMENTSTUDIE OCH INTERVJUER MED BESTÄLLARE AV VÅRD

Inledningsvis genomfördes en dokumentstudie och intervjuer med två personer från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, för att förstå bakomliggande orsaker till införandet av den nya ersättningsmodellen: Vad ville beställaren uppnå med ny modell? Vilka problem upplevdes med den gällande modellen från beställarens sida? Hur ser historiken och den omgivande kontexten

ut, med avseende på styrning och ledning av vårdgivare? Vilka förändringar har införts och när infördes olika ersättningsmodeller? Vilka andra förändringar har gjorts?

Följande dokument har granskats:

“PM om arbetsformer, Projekt SLSO avtal 2019” 2018-01-24

”PM ersättningsmodell 2019”, 2018-05-04

”Mötesanteckningar” daterade 2017-10-12, 2018-03-01, 2018-03-18, 2018-04-10

”Slutrapport från projektet ny ersättningsmodell för psykiatri” 2011-03-08

Följande personer från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, har intervjuats:

- Enhetschef psykiatri och handläggare psykiatri (projektledare för de nya avtalen) i Stockholm i februari 2019. Intervjun varade 65 minuter. Fokus på övergången till det nya avtalet år 2019.
- Avtalshandläggare gentemot alla psykiatriverksamheter och Controller psykiatrienheten. Intervjun varade 86 minuter. Fokus på historik.

### **3.3 ENKÄT TILL CHEFER PÅ OLIKA NIVÅER**

Mät punkt 1: I november 2018 skickade vi en web-enkät till alla enhetschefer, verksamhetschefer samt sektionschefer. Enkäten syftade till att samla in information om uppfattningar om upplevda konsekvenser av olika ersättningsmodeller bland chefer på olika nivåer i alla verksamheter *före eller i samband med förändringen*. Som utgångspunkt vid framtagandet av enkäten användes en enkät som Region Stockholm har tagit fram och använt för att samla in data om synpunkter på ersättningsmodell i psykiatrisk öppenvård. Denna modifierades mot bakgrund av en litteraturgenomgång och avstämning med uppdragsgivaren. 2018 års enkät finns i bilaga 1.

Två påminnelser skickades ut. 71 personer besvarade enkäten. Fördelat på typ av chef besvarade 57 enhetschefer, 8 sektionschefer och 6 verksamhetschefer enkäten. Personer från tre verksamhetsområden är representerade i enkätsvaren (beroende, barn- och ungdom, samt vuxen) år 2018. Se tabell 4.

Mät punkt 2: I september 2020 skickade vi en uppföljande web-enkät till alla enhetschefer, verksamhetschefer samt sektionschefer. Enkäten syftade till att samla in information om uppfattningar om upplevda konsekvenser av olika ersättningsmodeller bland chefer på olika nivåer i alla verksamheter *efter*

*införandet av förändringen.* Som utgångspunkt vid framtagande av den uppföljande enkäten användes 2018 års enkät. Denna modifierades dels för att kunna se skillnader i synpunkter efter jämfört med före förändringen och dels för att inkludera upplevda effekter av ny ersättningsmodell med hänsyn till Covid 19-pandemin. 2020 års enkät finns i bilaga 2.

Två påminnelser skickades ut. 62 personer besvarade enkäten. Fördelat på typ av chef besvarade 49 enhetschefer, 10 sektionschefer och 4 verksamhetschefer enkäten. Personer från samtliga fyra verksamhetsområden är representerade i enkätsvaren år 2020. Se tabell 4.

Mät punkt 3: I januari 2022 skickades en tredje web-enkät till alla enhetschefer, verksamhetschefer samt sektionschefer. Som utgångspunkt användes samma enkät som vid de två tidigare mätpunkterna. Enkätfrågorna reviderades något och frågor direkt kopplade till Covid 19-pandemin exkluderades. 2022 års enkät finns i bilaga 3.

Tre påminnelser skickades ut. Totalt 49 personer besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 26 procent. Den låga svarsfrekvensen kan hänga samman med att utskicket av enkäten sammanföll med en period då många medarbetare var sjukskrivna. Fördelat på typ av chef besvarade 39 enhetschefer, 4 sektionschefer och 6 verksamhetschefer enkäten. Personer från samtliga fyra verksamhetsområden är representerade i enkätsvaren år 2020. Se tabell 4.

**Tabell 4. Enkätresponder (enhets-, sektions- och verksamhetschefer), uppdelat per verksamhetsområde.**

	2018 (mätpunkt 1)	2020 (mätpunkt 2)	2022 (mätpunkt 3)
Ätstörningsvård	0 (0%)	1 (20%)	2 (40%)
Barn och Ungdomspsykiatri (BUP)	15 (38%)	12 (30%)	22 (55%)
Beroendevård	23 (50%)	31 (67%)	11 (24%)
Vuxenpsykiatri	33 (35%)	18 (19%)	14 (15%)
Totalt	71 (38%)	62 (34%)	49 (26%)

\*Svarsfrekvens inom respektive område i parentes.

Det finns inte några signifikanta skillnader mellan gruppen respondenter de olika åren med hänsyn till utbildning, verksamhetsområde, typ av chef (enhets-, sektions eller verksamhetschef), antal år som personerna har arbetat inom Region

Stockholm (tidigare SLL) eller antal år som personerna har arbetat som chef inom psykiatri i samma organisation. Detta indikerar att faktiska uppfattningar, snarare än skillnader i vilka som har besvarat enkäten, kan förklara resultat avseende skillnader i uppfattningar före och efter förändringen.

Som framgår av tabell 4, tycks benägenheten att besvara enkäten inom de olika verksamhetsområden ha varierat vid de olika mättillfällena. Till exempel ökade svarsfrekvensen för chefer inom verksamhetsområde beroende mellan första och andra enkättillfället medan den omvända gäller för chefer inom verksamhetsområde vuxen. Vad dessa skillnader i benägenhet att besvara enkäten beror på har vi inte haft möjlighet att undersöka.

### **3.4 INTERVJUER MED CHEFER PÅ OLIKA NIVÅER**

#### **INTERVJUER MED VERKSAMHETSCHEFER**

Mätpunkt 1: Vi genomförde semistrukturerade intervjuer med samtliga verksamhetschefer samt verksamhetsområdeschefen för hela öppenvård psykiatri under november-december 2018. Ambitionen var att göra samtliga av dessa på plats i respektive verksamhet. Av tids-, praktiska- och miljömässiga skäl genomfördes dock hälften av intervjuerna över telefon. Svar från sju av åtta verksamhetschefer ingår i analysen då en inte ville medverka i studien. Se tabell 5.

Mätpunkt 2: Vi genomförde uppföljande intervjuer med samtliga verksamhetschefer samt med verksamhetsområdeschefen för hela öppenvård psykiatri under juni-december 2020. Två verksamhetsområden hade fått nya verksamhetschefer sedan förändringen genomfördes. Samtliga uppföljande intervjuer med verksamhetschefer genomfördes per telefon med hänsyn till Covid 19-pandemin. Se tabell 5.

Mätpunkt 3: Vi genomförde uppföljande intervjuer med samtliga verksamhetschefer samt med verksamhetsområdeschefen för hela öppenvård psykiatri under februari-mars 2022. Fyra verksamhetsområden hade fått nya verksamhetschefer sedan förändringen genomfördes, varav den ena hade bytt tjänst som verksamhetschef mellan verksamhetsområden inom vuxenpsykiatri. Samtliga uppföljande intervjuer med verksamhetschefer genomfördes per telefon med hänsyn till Covid 19-pandemin. Se tabell 5.

Med hänsyn till att vissa chefer hade bytts ut eller flyttat intervjuades fem personer (i sin roll som verksamhetschef) vid samtliga tre tillfällen, två endast vid första tillfället, två vid tillfälle två och tre och två endast vid tredje tillfället.

## **INTERVJUER MED ETT URVAL ENHETSCHEFER OCH SEKTIONSCHEFER**

Mätpunkt 1: Under april-maj 2019 genomförde vi semistrukturerade telefonintervjuer med ett urval enhetschefer och sektionschefer från samtliga områden (fyra områden och ett urval bland enhetscheferna). Se tabell 5. Urvalet av chefer att intervjua baserades på enkätsvaren i samråd med verksamhetscheferna. Vid intervjuerna återkopplade vi resultat från enkäten och fördjupade oss i särskilt centrala/viktiga frågor ur denna.

Mätpunkt 2: Under november 2020 - januari 2021 genomförde vi uppföljande telefonintervjuer med ett urval enhetschefer och sektionschefer från samtliga områden. Se tabell 5. Urvalet av chefer att gjordes i samråd med verksamhetscheferna. Vid intervjuerna återkopplade vi resultat från den första delen av studien och ställde frågor om inställningar till förändringen efter att den genomförts.

Mätpunkt 3: Vid den sista intervjuomgången genomfördes endast intervjuer med verksamhetschefer och områdeschef, det vill säga inga intervjuer med enhetschefer eller sektionschefer.

Intervjuerna med enhets- och sektionscheferna gjordes senare än intervjuerna med verksamhetscheferna vid båda tillfällena. En anledning är att urvalet av enhets- och sektionscheferna gjordes tillsammans med verksamhetscheferna. En annan anledning är att intervjuerna fördröjdes; vid mätpunkt 1 på grund av försenad projektstart och vid mätpunkt 2 på grund av Covid 19-pandemin. Vid det första intervjutillfället bad vi enhets- och sektionscheferna att i så stor utsträckning reflektera över förändringen innan den trätt i kraft och frågade specifikt ifall de upplevde att de skulle ha svarat annorlunda om vi intervjuat dem innan årsskiftet. Ingen av de intervjuade cheferna menade att deras inställning hade förändrats under de månader som införandet av den nya modellen pågått. Vid det andra intervjutillfället finns en risk att eventuella skillnader i inställning till förändringen mellan verksamhetschefer och andra chefer speglar att intervjuerna ägde rum i i början av sommaren respektive under vintern. Detta är dock inte något vi har haft möjlighet att justera för i rapporten.

Samma intervjumallar användes vid intervjuer med verksamhetschefer, enhetschefer och områdeschefer respektive år. Dessa återfinns i bilaga 4-6. Varje intervju varade mellan 45 och 70 minuter.



**Tabell 5. Genomförda intervjuer, uppdelat per verksamhetsområde.**

	2018 (mät punkt 1)	2020 (mät punkt 2)	2022 (mät punkt 3)
Ätstörningsvård	1 enhetschef	1 verksamhetschef, 1 enhetschef	1 verksamhetschef
Barn och Ungdomspsykiatri	1 verksamhetschef, 1 enhetschef	1 verksamhetschef, 1 enhetschef	1 verksamhetschef
Beroendevård	1 verksamhetschef, 1 sektionschef, 1 enhetschef	1 verksamhetschef, 1 sektionschef, 1 enhetschef	1 verksamhetschef
Vuxenpsykiatri	5 verksamhetschefer, 1 sektionschef, 2 enhetschefer	5 verksamhetschefer, 2 sektionschefer, 7 enhetschefer	4 verksamhetschefer
Öppenvård, psykiatri	1 områdeschef	1 områdeschef	1 områdeschef
Totalt	15 chefer	22 chefer	8 chefer

### 3.5 REGISTERDATA

I tillägg till enkät- och intervjudata har vi haft tillgång till data om volymer av vårdkontakter för respektive öppenvårdsområde (ätstörningsvård, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård och vuxenpsykiatri) för åren 2019, 2020 och 2021 uppdelat på:

- Fysiska öppenvårdsbesök
- Kvalificerade telefonkontakter
- Internetbehandlingar
- Videomöte
- Skriftlig digitalkontakt

### **3.6 VALIDERING AV DATA**

Vi sammanställde allt empiriskt material som samlades in vid mätpunkt 1 (november 2018 – maj 2019) i en rapport med preliminära resultat under hösten 2019. Därefter skickade vi rapporten till samtliga intervjuade verksamhetschefer (maj 2020) som fick möjlighet att kommentera, komplettera och/eller ändra i empiri-delen. En person drog tillbaka sitt samtycke till studien och tre personer återkom med ändringar och förtydliganden via mail eller telefon under juni 2020. Därefter presenterades resultaten vid ett möte med psykiatrins ledningsgrupp (PLG) vid SLSO då samtliga närvarande gavs möjlighet att kommentera studiens innehåll och preliminära slutsatser.

Vi sammanställde allt empiriskt material som samlades in vid mätpunkt 2 (juni 2020 – december 2020) i en rapport med preliminära resultat i mars 2021. Samtliga verksamhetschefer fick möjlighet att kommentera empiri-delen. En person återkom med förtydliganden per mail under mars 2021. Därefter presenterades resultaten vid ett möte med psykiatrins ledningsgrupp (PLG) vid SLSO då samtliga närvarande gavs möjlighet att kommentera studiens innehåll och preliminära slutsatser.

Vi sammanställde på samma sätt allt empiriskt material som samlades in vid mätpunkt 3 (januari 2022 – mars 2022) i en rapport med preliminära resultat i mars 2022. Samtliga verksamhetschefer fick möjlighet att kommentera empiri-delen. En person återkom med förtydliganden per mail under mars 2022.

### **3.7 ANALYS**

Vid såväl insamling som analys av det empiriska materialet har vi fokuserat på uppfattningar om och konsekvenser av att byta ersättningsmodell sett ur vårdgivarnas (chefer på olika nivåer) perspektiv för följande områden:

- Synen på ersättningsmodellens roll i ledning och styrning.
- Övergripande upplevelse av övergång från företrädesvis prestationsbaserad till övervägande fast ersättning och längre avtalsperiod.
- Upplevda konsekvenser för ledning och styrning
  - Professionellt handlingsutrymme för chefer
  - Administrativ börda
  - Skillnader i ledning och styrning

- Ersättningsmodellens roll som stöd eller hinder i den egna styrningen av verksamheter
  
- Uppfattningar om konsekvenser för medarbetare och patienter
  - Professionellt handlingsutrymme och flexibilitet för medarbetare
  - Administrativ börda
  - Tillgänglighet
  - Vårdens kvalitet
  - Samverkan med andra aktörer
  - Kostnadskontroll och produktivitet
  - Effektiva arbetssätt
  
- Uppfattningar om förutsättningar för att bedriva förändrings- och utvecklingsarbete och snabbt ta fram och implementera innovativa lösningar generellt och för att möta sådana utmaningar som Covid 19-pandemin innebar.

## Kapitel 4

# VAD VILLE HUVUDMANNEN ÅSTADKOMMA MED FÖRÄNDRINGEN

Utifrån en granskning av dokument och intervjuer med nyckelpersoner på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm listas nedan vad huvudmannen ville uppnå med att förändra den rådande ersättningsmodellen. Tre förändringar kan ses som övergripande:

- Införa tillitsbaserad styrning. I det politiska uppdraget låg att minska detaljstyrningen och införa mer av tillitsstyrning, vilket i sin tur skulle skapa ökat utrymme för uppföljningsarbete.
- Bättre styrmodell som helhet. Förändringen handlade om hela modellen för att styra vårdgivare och där är ersättningsmodellen bara en del. Tanken var att hela modellen ska styra åt ett håll. Region Stockholms målbild skulle vara en ledstjärna: sammanhållen vårdkedja, informerade patienter, hög tillgänglighet, valfrihet, hälsofrämjande sjukvård med effektivitet och patientsäkerhet i fokus, god kvalitet och hög delaktighet.
- De nya avtalen skulle bygga på sådant som fungerar sedan tidigare. ”Vi ska inte uppfinna hjulet från början” (PM om arbetsformer 2018-01-24).

Ytterligare ett antal punkter i de dokument som granskats kan ses som mer detaljerade önskemål:

- Lika avtal för alla. 24 avtal blir nio. Utvecklingen tidigare år hade lett till att avtalen blivit allt mer olika varandra vad gäller avtalsformulering och uppföljning. De nya avtalen skulle leda till att avtalsstyrningen blev tydligare och effektivare och mindre administrativ tungrodd.
- Mer transparent styrning. Eftersom de olika avtalen tidigare blivit allt mer olika varandra blev det svårt att jämföra verksamheter med varandra. Med nya (lika) avtal skulle verksamheterna bli jämförbara och kunna följas upp på samma sätt.
- De nya avtalen skulle underlätta för omfördelning av resurser mellan geografiska områden.
- Mer jämlik vård. De nya avtalen skulle bidra till att vården inom de olika verksamheterna blir mer jämlik eftersom innehållet i avtalen blev lika för alla, oavsett geografisk lokalisering eller inriktning på den psykiatriska öppenvården.
- Fokus på dialog istället för pinnar. Uppföljningsdialog skulle ske med varje verksamhet fyra gånger per år. Den tidigare styrningen som byggde på detaljerade uppdrag med olika ersättning för olika insatser skulle ersättas av en total ersättning som skulle uppnås och där

enskilda vårdgivare själva skulle avgöra vilka insatser som passar den enskilda patienten bäst.

- Registreringen av insatser skulle bibehållas. Tanken var att registreringen inte skulle bli sämre. Volymen skulle fortsatt följas upp. Den nya ersättningen skulle dessutom fortsatt vara kopplad till volymuppdrag.
- Ökad patientcentrering och patientdelaktighet. De nya avtalen förväntades styra mer mot bästa omhändertagandenivå för patienten. Tidigare var det detaljreglerat ner på organisations- och personalkategori. De nya avtalen med mindre detaljstyrning skulle ge större professionell frihet och möjliggöra för ett mer effektivt och personcentrerat arbetssätt.
- Långsiktighet och förutsägbarhet. De nya avtalen skulle bli fyraåriga till skillnad från tidigare ettåriga avtal. Detta förväntades skapa en bättre förutsägbarhet för vårdgivare vad gäller det uppdrag de ska utföra och huvudmannens förväntningar på vad som ska levereras.
- Bättre förutsättningar för innovationer. Kopplat till en lägre detaljeringsgrad i uppdraget skulle de nya avtalen undanröja hinder för förändringsarbete och innovationer.

## Kapitel 5

# CHEFERS UPPFATTNINGAR OM FÖRÄNDRINGEN

I detta avsnitt presenteras resultat från enkäter och intervjuer. Majoriteten av de verksamhets-, sektions- och enhetschefer som besvarat enkäten vid mätpunkt 1 (november 2018), 2 (september 2020) och 3 (januari-februari 2022) har besvarat frågorna utifrån många års erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk vård i Stockholm och utifrån egna erfarenhet av att arbeta med flera olika sorters ersättningsmodeller i psykiatrisk öppenvård (se tabell 6). Vi redovisar enkätsvar på frågor om inställning till förändringen uppdelat på verksamhets- sektions- och enhetschefer. Övriga enkätfrågor redovisar vi för chefer på alla nivåer samlat.

**Tabell 6. Bakgrund bland de chefer som besvarat enkäten.**

	Mät punkt 1 (71 respondenter)	Mät punkt 2 (62 respondenter)	Mät punkt 3 (49 respondenter)
Erfarenhet från Region Stockholm	82% hade arbetat i regionen minst 10 år. De som arbetat längst i regionen började arbeta där år 1975.	89% hade arbetat i regionen minst 10 år. De respondenter som arbetat längst i regionen började arbeta där år 1975.	86% hade arbetat i regionen minst 10 år. De respondenter som arbetat längst i regionen började arbeta där år 1976.
Erfarenhet som chef	44% hade arbetat som chef inom den psykiatriska öppenvården minst 10 år.	32% hade arbetat som chef inom den psykiatriska öppenvården minst 10 år.	39% hade arbetat som chef inom den psykiatriska öppenvården minst 10 år.
Erfarenhet av olika sorters ersättningsmodeller	74% svarade ja på frågan ” Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?”	86% svarade ja på frågan ” Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?”	67% svarade ja på frågan ”Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?”

Samtliga verksamhetschefer intervjuades vid de tre mätpunkterna (november-december 2018, juni-december 2020 respektive februari-mars 2022). Två verksamhetsområden bytte verksamhetschef mellan 2018 och 2020 och ytterligare två mellan 2020 och 2022, vilket begränsar möjligheterna för dessa chefer att göra direkta jämförelser. Samtliga verksamhetschefer som intervjuades vid mätpunkt 1, sju av åtta vid mätpunkt 2 och av sex av åtta vid mätpunkt 3 hade lång erfarenhet av att arbeta som chef inom psykiatrisk vård i Stockholm. Svar om förväntningar vid mätpunkt 1 redovisas för sju verksamhetschefer.<sup>2</sup> Svar från samtliga åtta verksamhetschefer ingår i redovisningen av upplevelser efter förändringen (mätpunkt 2 och 3).

Fem enhetschefer och två sektionschefer deltog i telefonintervjuer vid mätpunkt 1 (april-maj 2019) och 10 enhetschefer samt tre sektionschefer vid mätpunkt 2 (november 2020 - januari 2021). Samtliga intervjuade chefer på denna nivå hade lång erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk vård i Stockholm.

För att säkerställa anonymitet bland respondenterna redovisas svar på enkäterna och citat från intervjuerna med verksamhets- sektions- och enhetschefer redovisas inte uppdelat per verksamhetsområde.

## **5.1 VERKSAMHETSCHEFERS ÖVERGRIPANDE TANKAR OM ERSÄTTNINGSMODELLER OCH EKONOMISK STYRNING**

De övergripande tankarna om ersättningsmodellens roll i ledning och styrning i psykiatrisk öppenvård var likartade mellan verksamhetscheferna. Samtliga intervjuade verksamhetschefer menade att alla principer kommer med för- och nackdelar:

*”Vi har haft en detaljerad ersättningsmodell. Snuttifierad. Resonemangen när vi har ledningsgrupps och uppföljningsmöten präglas av detaljer. Nu frångår vi det detaljerade systemet. Då blir folk inte heller nöjda. Många känner sig lite oroliga inför förändringen. Förut bestämde någon annan vad vi skulle göra. Då visste vi vad vi skulle göra. Nu säger inte någon exakt vad vi ska göra. Då måste vi få folk i organisationen att se fördelarna med den nya situationen.”*  
(Verksamhetschef, Mätpunkt 1)

---

<sup>2</sup> En verksamhetschef från den första intervju-omgången ville inte inkluderas i rapporten.

Ersättningsmodellen spelar roll för hur vården bedrivs och vad som prioriteras men samtidigt ska ersättningssystemets roll inte ska överdrivas enligt verksamhetscheferna. Det räcker inte att enbart byta ersättningssystem för att åstadkomma förändring:

*”Mycket har faktiskt gått att göra trots ersättningssystem. Innebär också att saker inte nödvändigtvis sker tack vare modellen.”  
(Verksamhetschef, Mät punkt 1)*

En relaterad typ av kommentarer handlar om att det generellt är svårt att härleda förändringar i verksamheter till avtalskonstruktion och ersättningsmodell. Många andra saker inträffar samtidigt som förändringar i formella styrmodeller införs. En verksamhetschef beskrev det såhär:

*” I vissa delar är det svårt att sätta förändringar i sätt att arbeta med själva avtalskonstruktionen. Det har tillkommit många nya uppdrag, vi har haft en pandemi, man åldras och mognar själv i sitt uppdrag. Alla dessa aspekter spelar också in förstås.” (Verksamhetschef, Mät punkt 3)*

De övergripande tankar om ersättningsmodellens roll i ledning och styrning som verksamhetscheferna tog upp vid intervjutillfällena kan sorteras under sju teman:

- Ekonomisk styrning är nödvändig. Det handlar om att säkerställa att skattemedel hanteras på ett förnuftigt sätt. En verksamhetschef menade att det är svårt men nödvändigt med ekonomisk styrning i sjukvården: *”Läkare uppfattar ofta att vara läkare som tillräckligt och de vill inte styras alls. Men detta är en oacceptabel inställning. Vi är skyldiga att redovisa vad skattepengar går till!” (Verksamhetschef, Mät punkt 1)*
- Det finns inga perfekta eller neutrala ersättningsmodeller. Beslut om användning av olika principer skapar effekter som kan vara svåra att förutsäga. Alla sätt att ersätta vårdgivare kommer med fördelar och nackdelar. Flera verksamhetschefer menade att *”Du får vad du betalar för.”* Ju mer detaljerad ersättningsmodell, desto hårdare uppfattas den ekonomiska styrningen. En helt rörlig modell riskerar att premiera kvantitet



framför kvalitet i vården. En helt fast modell riskerar att leda till dålig tillgänglighet. Flera verksamhetschefer menade att det finns fördelar med anslagsfinansiering och tillit till professionen men samtidigt är det nödvändigt att säkerställa att alla medel används för att generera patientnytta. En modell med både fast och rörlig ersättning uppfattades som önskvärd. En verksamhetschef sammanfattade det som att *”ett mellanting är bäst. Piska och morot behövs båda två. [...] En fast ersättningsmodell för öppenvård vore ganska destruktivt. Alla vill patientens bästa men vi är lite lata av naturen.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 1)

- Ersättningsmodeller ska idealt möjliggöra för vårdgivare att arbeta med många målsättningar samtidigt. En verksamhetschef uttryckte det såhär: *”Med åren har jag fått en större respekt för hur svårt det är med ersättningsmodeller. Hade bestämda åsikter för ett antal år sedan men inte längre. Vi har många aspekter som vi ska arbeta med: patientsäkerhet, medarbetarskap, ekonomi, forskning- och utveckling, kvalitet/kunskapsbaserad vård. Det handlar om att balansera dessa fem delar inom givna ramar – uppåt och nedåt i styrkedjan.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 1)
- Ändamålsenlig uppföljning är lika viktigt som ersättningsmodellens utformning. Styrmodellen ska idealt premiera effektiv, innovativ och patientcentrerad vård samtidigt som vårdgivare ska få betalt för vad de gör. Verksamhetscheferna menade att om vårdgivare ska kunna balansera mellan å ena sidan god tillgänglighet, kvalitet (evidensbaserad vård) och personcentrering och å andra sidan en ekonomi i balans måste ersättningsmodellen och uppföljningen ge förutsättningar för detta: *”I nya systemet byggs det in fyra uppföljningar per år. Tre gemensamma med alla verksamheter och en för bara vår verksamhet. Detta är BRA! Det möjliggör transparens och diskussion kring hur pengar används. Sätter ljuset på innehållsfrågor.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 1)
- Nivån på ersättningen är minst lika viktig som ersättningsmodellens utformning. Ersättningsmodellens utformning är mindre viktig i verksamheter som är i balans eller går med överskott. Om verksamheten går med underskott eller riskerar att gå med underskott blir fokus på ersättningsmodellen och hur det går att manövrera inom denna större.

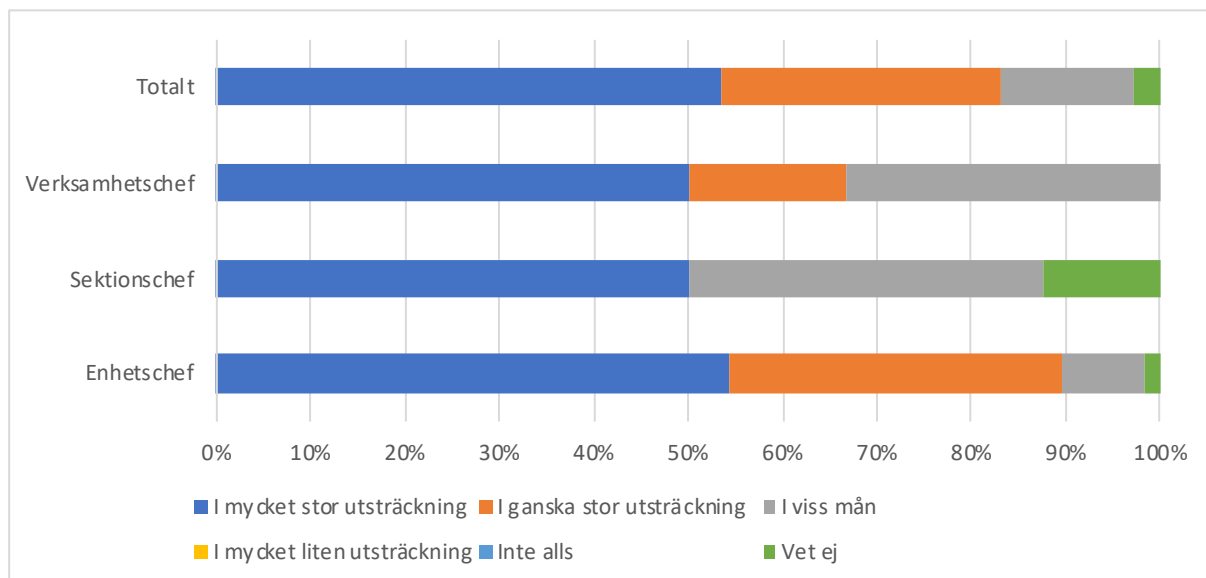
- En tydlighet i uppdraget är kanske viktigare än ersättningsmodellens utformning. Verksamhetscheferna menade att det inte är fast eller rörlig ersättning i sig som ger konsekvenser för verksamheten. Det är snarare hur ersättningsmodellen hänger ihop med de andra delarna i styrningen och hur principen tillämpas i praktiken. En verksamhetschef resonerade att *”Det är ett svårt begrepp om det är bättre med fast eller rörlig ersättning. Allt hänger ihop med innehållet i det avtal som gäller. Mycket rörligt behöver inte vara dåligt. Men i formen som vi har haft med poäng har det varit dåligt. Poängsystemet har ställt till problem. Medarbetare blir olika poängsatta. Det skapar inlåsnings effekter.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 1)
- En långsiktighet i uppdraget är minst lika viktig som ersättningsmodellens utformning. Kort planeringshorisont innebär ryckiga system vilket i sin tur innebär ändrade förutsättningar som personalen måste förhålla sig till. Fleråriga avtal möjliggör långsiktighet i planeringen och skapar ett lugn samt möjliggör utvecklingsarbete som löper längre än ett kalenderår.

## **5.2 INSTÄLLNING TILL FÖRÄNDRINGEN I AVTALS- OCH ERSÄTTNINGSMODELL**

En majoritet av de verksamhets- sektions- och enhetschefer som besvarade enkäten och medverkade i intervjuer ansåg att övergången från en rörlig prestationsbaserad ersättning till en övervägande fast ersättning var välkommen före förändringen och att den har varit välkommen efter förändringen.

### **5.2.1 FÖRVÄNTNINGAR FÖRE FÖRÄNDRINGEN**

Innan förändringen upplevdes den kommande övergången till nya avtal och en ersättningsmodell med större andel fast ersättning som något positivt bland nästan alla chefer på alla nivåer (figur 3).



**Figur 3. Svar på frågan ”På det stora hela, anser du att en övergång från dagens ersättningsmodell till en modell med större andel fast ersättning är välkommen?” (Mät punkt 1 = 71 respondenter)**

Cheferna gav flera exempel på positiva förväntningar på den nya avtals- och ersättningsmodellen i fritextsvar på den öppna frågan ”Har du andra tankar om ersättningsmodeller som du vill dela med dig av?” vid mät punkt 1:

- En bättre planeringshorisont (långsiktighet) i styrningen som möjliggör förändringsarbete.
- En förväntan om mindre stressad situation för medarbetare och därmed mer nöjda medarbetare.
- En förväntan om större flexibilitet och mer professionellt handlingsutrymme i arbetet.
- Positivt att en viss rörlig del finns kvar eftersom det ger incitament att anstränga sig på marginalen.
- Fast ekonomisk ram ger möjligt att lägga fokus på innehållet och patientnyttan i vården vilket inkluderar en bättre patientsäkerhet och arbetsmiljö för personalen.

Under intervjuerna vid mät punkt 1 uttryckte sex av sju verksamhetschefer att de hade en positiv inställning medan en verksamhetschef hade en neutral inställning till övergången. De positiva verksamhetscheferna uttryckte en försiktig optimism när det gällde både en större andel fast ersättning och lägre detaljeringsgrad. Förväntningar på förändringen varierade något mellan verksamhetsområden, beroende på hur den tidigare avtals- och ersättningsmodellen var utformad. Den förväntades få störst konsekvenser i de två verksamheter där detaljeringsgraden i de tidigare avtalen var som störst. Den positiva inställningen hängde i stor

utsträckning samman med förväntningar om mer långsiktighet, minskad detaljeringsgrad och mer ändamålsenlig uppföljning i den nya modellen.

*”Övergången skapar större handlingsutrymme att styra utifrån patienters behov.” (Verksamhetschef, Mätpunkt 1)*

*”Nya modellen som införs ska vara långsiktig – fyra år. Det är en sensation.” (Verksamhetschef, Mätpunkt 1)*

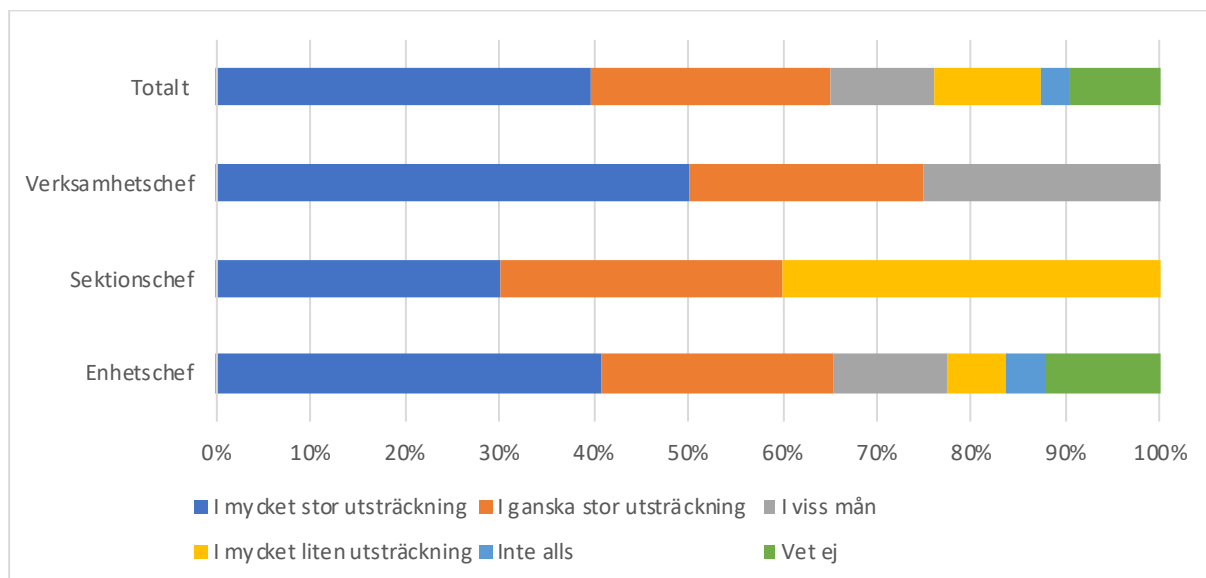
*”I nya systemet byggs det in fyra uppföljningar per år. Tre gemensamma med alla verksamheter och en för bara vår verksamhet. Detta är BRA! Det möjliggör transparens och diskussion kring hur pengar används. Sätter ljuset på innehållsfrågor.” (Verksamhetschef, Mätpunkt 1)*

Samtliga intervjuade sektions- och enhetschefer uttryckte en positiv förväntan i intervjuerna före förändringen. I jämförelse med verksamhetscheferna hade chefer på denna nivå, som jobbar längre ut i organisationen, mer tankar och reflektioner om hur förändringar kan nå hela vägen ut till medarbetare som arbetar med patienter, såsom en mindre stressad och mindre ängslig situation för medarbetare.

### **5.2.2 UPPLEVELSER EFTER FÖRÄNDRINGEN**

En majoritet av cheferna på alla nivåer och i samtliga verksamhetsområden uppfattade förändringen som välkommen såväl 18 som 36 månader efter förändringen. Dock tycks förväntningarna på övergången ha varit mer positiva än inställningar till övergången efter att förändringen genomförts (figur 4 och 5). Bland verksamhetschefer var inställningen mer positiv vid mätpunkt 2 och 3 jämfört med mätpunkt 1 medan det omvända gällde för enhetschefer. Enhetscheferna tycks ha haft större förväntningar på positiva effekter av förändringen innan den genomfördes än vad de upplevde efter att den har genomförts. Verksamhetschefer tycks istället ha haft en mer försiktig inställning till vilka effekter som förändringen skulle medföra och upplevde att förändringen har blivit bättre än förväntat. Det är värt att notera att antalet verksamhetschefer som besvarat enkäten vid mättillfälle 2 är lågt. Dock bekräftas bilden av skillnader

mellan chefer på olika nivåer de intervjuer vi har genomfört med chefer på olika nivåer.



**Figur 4. Svar på frågan ”På det stora hela anser du att övergången från den tidigare modellen med mer rörlig ersättning till dagens ersättningsmodell med större andel fast ersättning varit välkommen?” (Mät punkt 2 = 62 respondenter)**

Samtliga intervjuade verksamhetschefer som var med både före och efter förändringen uttryckte en fortsatt positiv inställning till övergången vid mät punkt 2, även om många menade att det var för tidigt att utvärdera konsekvenserna.

*”Jag är fortsatt oreserverat positiv till hela [den nya] konstruktionen. Jag tycker verkligen att det är ett jätteframsteg. ... vi slipper den ryckigheten vi hade som gjorde att ekonomin varierade efter grad av måluppfyllelse. ... Jag menar att hade man svårt att nå vissa mål så blev det en ekonomisk bestraffning som gjorde det ännu svårare att nå det målet.” (Verksamhetschef, Mät punkt 2)*

*”Överlag tycker jag att den här nya modellen som vi har, har skapat mycket större arbetsro i verksamheten. Och det känns som ett framkomligt sätt, jag tycker det har fallit väl ut. (Verksamhetschef, Mät punkt 2)*

Samtliga intervjuade verksamhetschefer menade att en uppföljningstid på 18-24 månader är för kort för att kunna dra några slutsatser om vilka effekter som

förändringen har medfört. Några verksamhetschefer uttryckte också en tvekan inför att beställaren skulle hålla i förändringen och låta den vara bestående.

*”Såna här förändringar som tar tid och som handlar väldigt mycket om inställning och hållning och arbetssätt och så, det skulle vara väldigt spännande att se om man vågar och orkar hålla i det här.”*  
(Verksamhetschef, Mätpunkt 2)

*”Alltså vi har ju ett nytt avtal absolut och vi kör på det och ser hur det rullar men det kan behövas lite längre observationstid för att få en riktigt bra bild av det självklart. Man får se om ett par år hur det slår.”*  
(Verksamhetschef, Mätpunkt 2)

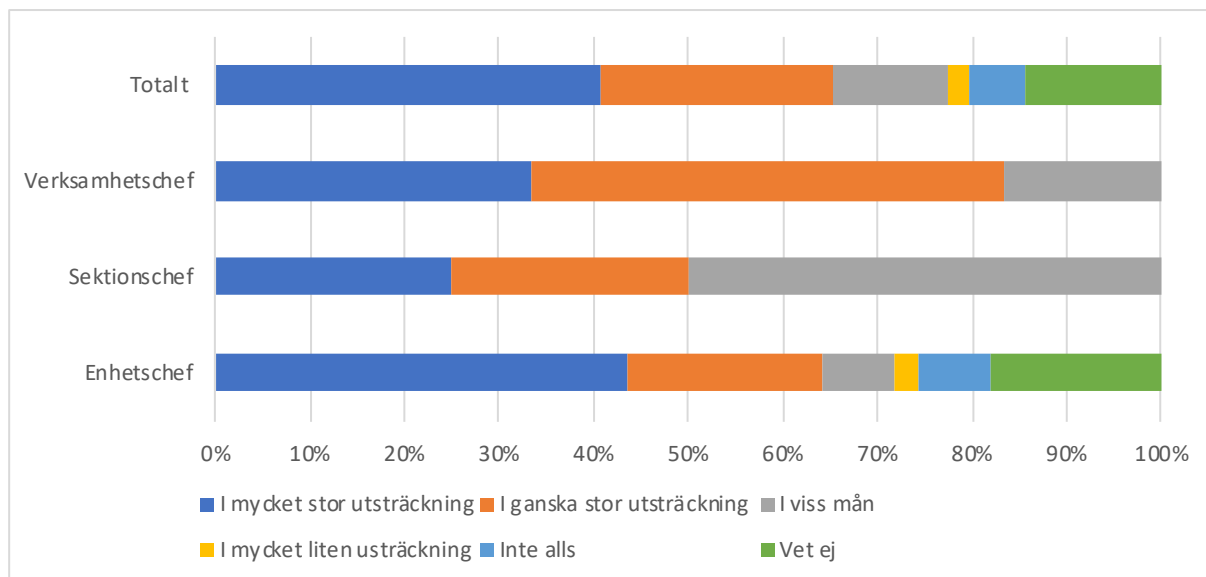
Vid mätpunkt 2 uttryckte enhets- och sektionscheferna en mycket mer blandad inställning till övergången än verksamhetscheferna. Medan några uttryckte en fortsatt positiv inställning var andra inte alls nöjda med förändringen eller tyckte att det inte blivit någon större skillnad:

*”Jag tycker att det har gått till det bättre. Visionen och målet. Även om man inte är helt i mål så är det ju. Den riktningen känns ändå som att den håller, det tycker jag. ... Jag tycker att det blir mycket tydligare att kunna styra rätt och med rätt kompetens. Det är vad patienterna behöver.”* (Sektionschef, Mätpunkt 2)

*” Skillnaderna från tidigare är faktiskt marginella. Den där tillitsbaserade ersättningsmodellen har inte medfött enligt min erfarenhet att vi är mindre upptagna med att räkna besök. Alltså hur många besök som produceras. Och att vi måste också hela tiden gå till personalen och säga att ni måste producera fler besök. Det som är en lättnad med den nya modellen är att alla besök räknas lika.”*  
(Enhetschef, Mätpunkt 2)

Svar på enkäterna vid mätpunkt 3 indikerar att synen var likartad som vid mätpunkt 2 vad gäller i vilken mån som förändringen varit välkommen. En

majoritet av de verksamhets- sektions- och enhetschefer som har besvarat enkäten ansåg att övergången från en rörlig prestationsbaserad ersättning till en övervägande fast ersättning har varit välkommen. Detta gäller samtliga chefstyper och samtliga verksamhetsområden.



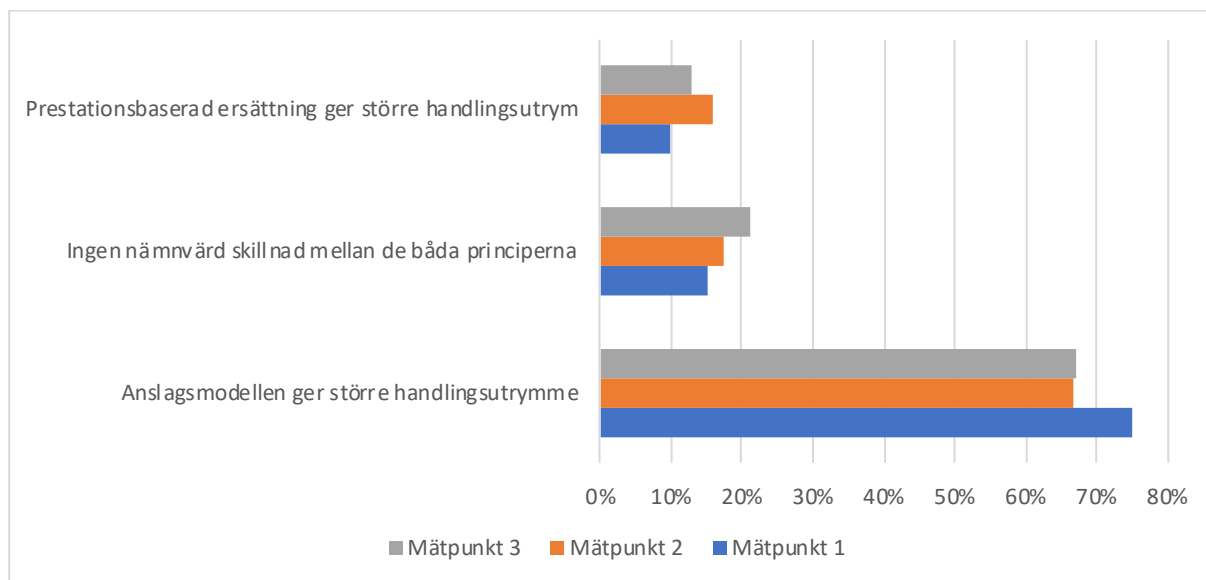
**Figur 5. Svar på frågan "På det stora hela anser du att övergången från den tidigare modellen med mer rörlig ersättning till dagens ersättningsmodell med större andel fast ersättning varit välkommen?" (Mät punkt 3 = 49 respondenter)**

Intervjuerna med verksamhetschefer vid mät punkt 3 bekräftar den positiva inställningen till den förändrade avtals- och ersättningsmodellen. De positiva uppfattningarna hänger samman med förändringar i avtalsmodellen som helhet och inte enbart förändringen när det gäller ersättningsprincip. Att avtalen blivit lika för alla verksamheter och att avtalsperioden blivit längre samt en ökad grad av dialogbaserad återkoppling från beställaren är viktiga faktorer som bidrar till de positiva uppfattningarna, utöver den ökade flexibilitet som den nya ersättningsmodellen medger, enligt de intervjuade verksamhetscheferna.

### **5.3 UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR LEDNING OCH STYRNING**

Resultat från enkät och intervjuer ger en samstämmig bild av att förändringen i avtals- och ersättningsmodell bidragit till ett större handlingsutrymme för chefer på olika nivåer. I fritextsvar i enkäten framkom att medan fokus tidigare i stor utsträckning var på produktionsmål för specifika insatser har nu kvalitet, delaktighet och patientsäkerhet fått ett större utrymme. Samtidigt lyfte några fram att styrningen kan ha blivit lite mer utmanande eftersom det inte är lika lätt att

hänvisa till avtal och vad man uppnår med poäng. En något större andel tyckte att fast anslag gav störst handlingsutrymme innan förändringen genomfördes (mät punkt 1) jämfört med efter att den genomförts (mät punkt 2 och 3) (figur 5). Detta ligger i linje med att förväntningarna på den nya ersättningsmodellen var högre än vad de upplevda effekterna blev.



**Figur 5. Svar på frågan ”Anser du att en modell med stor andel fast anslag eller en modell med stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning ger störst professionellt handlingsutrymme för dig som chef?”, (Mät punkt 1 =71 respondenter, Mät punkt 2 = 62 respondenter, Mät punkt 3 = 49 respondenter)**

### 5.3.1 FÖRVÄNTADE KONSEKVENSER FÖR LEDNING OCH STYRNING

Före förändringen menade verksamhetscheferna att det är mer utmanande med en modell som till stor del bygger på fast anslag men också bättre förutsättningar för ledning och styrning, jämfört med en detaljerad prestationsbaserad ersättningsmodell:

*”Individer i vården bryr sig inte om ekonomin. Svårt att kommunicera budget i vården. Lättare att kommunicera annat. Mitt ledarskap blir bättre utan detaljerad ekonomisk styrning!” (Verksamhetschef, Mät punkt 1)*

*” Mindre detaljerad styrning ställer större krav på ledarskap. Svårt att skylla på någon annan. Detta kommer att gå hela vägen ut i organisationen.” (Verksamhetschef, Mät punkt 1)*



Inställningen till uppföljning av olika parametrar i verksamheterna innan förändringen var att detta skulle bli minst lika viktigt i nya modellen. Samtliga verksamhetschefer berättade att de följde upp och återkopplade utfall i ett antal parametrar regelbundet (oftast varje månad) och att det inte skulle förändras i samband med förändringen i ersättningsmodell. Verksamhetscheferna uttryckte att lokala processkartor ger bra stöd i styrning och ledning av verksamheterna. Vidare gav de uttryck för att processkartor är ett styrverktyg som i stor utsträckning skapas i organisationen tillsammans med relevanta medarbetare och bygger på professionella bedömningar:

*”Hur skapa stöd i ledningen? Processkartor är ett gott stöd. Ledningen är rörande överens. Patienter ska få adekvat vård och vi ska klara vårt ekonomiska uppdrag. Behöver kanske inte annat stöd?”*  
(Verksamhetschef, Mätpunkt 1)

*”Processkartorna blir också en styrning. Vi kan koppla indikatorer för uppföljning. Till exempel depressionsskattning. Behövs ersättningsprinciper som är detaljerade om det finns bra processkartor? Processkartor mer professionellt grundat sätt att styra på verksamhetsnivå. Ja så kan vi se det! Det kommer från professionen. Det vi kämpar med nu är följsamhet till dessa.”* (Verksamhetschef, Mätpunkt 1)

Vad gäller den externa ledningen och styrningen, svarade samtliga verksamhetschefer ja på frågan ifall uppdraget för verksamheten uppfattades som tydligt. Däremot vittnade verksamhetschefernas svar om att det inte fanns någon enhetlig erfarenhet av hur uppföljning och återkoppling har fungerat från uppdragsgivaren (HSF) men mer enhetligt vad gäller uppföljning inom SLSO. Genomgående fanns en önskan och förhoppning om strukturerad återkoppling i dialog i de fall där en sådan inte upplevs ha fungerat och en uppfattning om att denna form av uppföljning och återkoppling var värdefull där den har fungerat.

Vid mätpunkt 1 menade de intervjuade enhetscheferna att den nya modellens skulle komma att ställa större krav på dem som chefer och deras ledarskap. Den nya modellen skulle ge mycket större frihetsgrader än den tidigare. Flera enhetschefer berättade att detta passade dem bättre, eftersom de har sin

yrkesidentitet i sin profession. De menade också att frihetsgraderna i den nya modellen skulle kunna leda till att deras arbete blir mer stimulerande och att den premierar ett sådant ledarskap som de i praktiken redan bedrev (eller försökte bedriva):

*”Nya modellen ställer högre krav på ledarskap. Passar mig bättre! Jag har min yrkesidentitet som psykolog.” (Enhetschef, Mätpunkt 1)*

### **5.3.2 UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR LEDNING OCH STYRNING**

Intrycket från intervjuerna med verksamhetscheferna vid mätpunkt 2 var att det interna ledarskapet och styrningen inte hade ändrats i någon stor utsträckning 18-24 månader efter förändringen. Det tycktes finnas ett fortsatt fokus på volymmål för vårdkontakter och likartad uppföljning och återkoppling som tidigare och likvärdigt fokus på att hålla sig inom ekonomiska ramar.

Den externa styrningen uppfattades ha blivit mer jämlik enligt de intervjuade verksamhetscheferna vid mätpunkt 2. Den nya modellen innebar att det blev lika avtal för de olika verksamhetsområdena. Avtalen hade blivit mindre detaljerade och mer allmänt hållna för att kunna passa alla verksamheter. Även uppföljningen hade blivit lika för alla vilket innebär att effekten blev positiv eller negativ för olika verksamheter, beroende på hur det såg ut innan förändringen. Även om samtliga verksamhetschefer var positivt inställda till modellen som sådan menade många att det inte är utan friktion när man inledningsvis ska få till relationerna med beställarsidan:

*”Ja de har [dialogmötena] nog inte hittat sin form riktigt om jag ska uttrycka mig försiktigt. Jag tror att, och där har ju beställarna varit tydliga med att de tycker inte heller det, att de har hittat sin form. Så där prövar vi oss fram lite.” (Verksamhetschef, Mätpunkt 2)*

Intrycket från intervjuerna vid mätpunkt 3 är att i den nya modellen efter drygt tre år har implementerats i större utsträckning. De intervjuade verksamhetscheferna menade att uppföljningen blivit mer ändamålsenlig och inte skapar lika mycket administrativt merarbete. Den tidigare uppföljningen upplevdes som onödigt detaljerad och skapade administrativt merarbete, till stor del kopplat till att kontrollera registrering och inrapportering av olika parametrar för att inte riskera

indragen ersättning, men som inte nödvändigtvis speglade vårdens kvalitet. De parametrar som följs upp efter förändringen upplevs i högre utsträckning som relevanta och även påverkbara för verksamheten även om det framkom många synpunkter om att det alltså fanns potential till förbättringar i detta avseende. Intrycket från intervjuerna är också att verksamhetscheferna upplever dialogen som god med handläggare på beställarsidan och att det finns ett ömsesidigt lärande mellan beställare och vårdgivare. I fritextsvar i enkäten skrev en enhetschef att den nya ersättningsmodellen ger ökade möjligheter att mäta sådant som är relevant för verksamheten, inte bara antal besök och vissa generiska skattningar. Det signalerar en tilltro till att medarbetarna faktiskt vill göra sina jobb. Ett problem, som togs upp av flera verksamhetschefer, är dock att handläggare har bytts ut flera gånger sedan förändringen i avtals- och ersättningsmodellen. Detta medför att verksamhetscheferna måste förklara samma sak upprepade gånger i samband med uppföljningsdialog. Ett annat problem, som inte är relaterat till avtalsmodellen i sig, är att det alltså ligger en stor administrativ börda på chefer på olika nivåer. Det finns ett behov av att synkronisera vad som rapporteras in till olika aktörer – nationella kvalitetsregister, myndigheter, beställare och internt – samt att få till en ökad automatisering av inrapportering.

Enligt intervjuerna med enhets- och sektionscheferna vid mät punkt 2 var variationen stor avseende upplevda konsekvenser för deras interna styrning och ledarskap. Några tyckte att det inte blivit någon skillnad eftersom uppföljningen upplevdes på ungefär samma sätt efter som före förändringen och de ekonomiska ramarna innebar begränsningar oaktat princip för att fördela resurser. Andra enhetschefer berättade att övergången medfört större handlingsutrymme och andra förutsättningar för att styra och leda. Vid mät punkt 3 genomfördes inga intervjuer med sektions- och enhetschefer.

I tabell 7 redovisas svar på frågan om förändringen upplevs ha påverkat olika aspekter av den interna ledningen och styrningen baserat på enkätsvar från mät tillfälle 3. Minst 70 procent av cheferna uppgav att deras ledarskap var oförändrat efter förändringen gällande samtliga aspekter. Detta resultat stämmer också väl överens med vad som framkommit i intervjuer med verksamhetschefer vid de olika mät tillfällena: Ersättningsystem är viktiga men dess roll vad gäller förutsättningar för ledning och styrning inte ska överdrivas. Det räcker inte att enbart byta ersättningsystem för att åstadkomma förändring. Bland de fria kommentarerna i enkäten framkom också synpunkter om att det är svårt att härleda en förändring i verksamheten till själva avtalskonstruktionen och

ersättningsmodellen. Många andra saker har inträffat sedan 2019, såsom nya uppdrag och personlig utveckling och – inte minst – Covid 19-pandemin.

**Tabell 7. Svar på frågan ”Anser du att övergången till en modell med större andel fast ersättning har påverkat hur du styr och leder den verksamhet du är chef över?” (mät punkt 3 = 49 respondenter)**

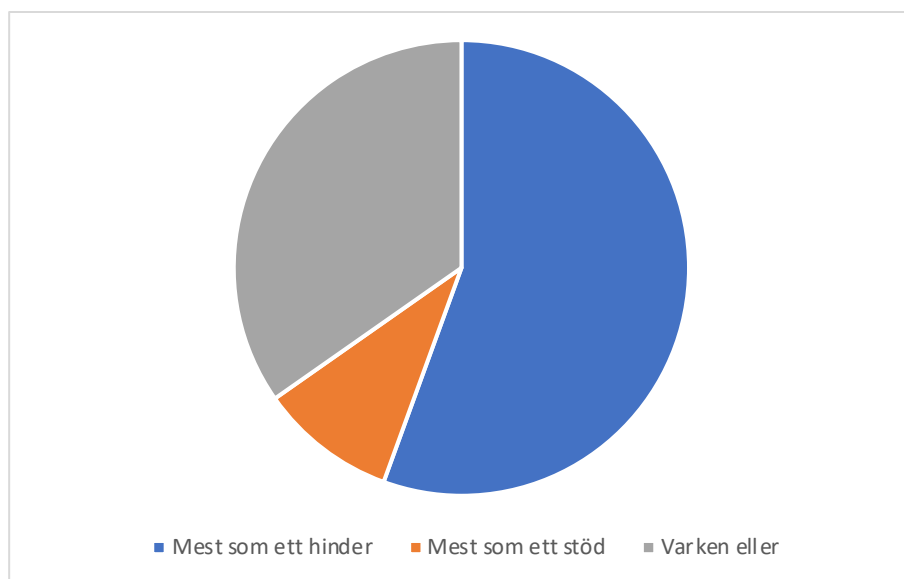
	Mindre än tidigare	Oförändrat	Mer än tidigare
Jag planerar och följer upp följsamhet till mål för verksamheten i enlighet med gällande riktlinjer och/eller avtal	3%	86%	11%
Jag följer upp antal vårdtillfällen och kösituationen	3%	84%	13%
Jag följer upp att verksamheten håller sig inom de ekonomiska ramarna	0%	92%	8%
Jag arbetar med att trygga professionella normer och kvalitet i patientarbetet	3%	74%	24%
Jag påminner medarbetarna om vikten av diagnosregistrering	11%	82%	8%
Jag ger medarbetarna frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete utifrån professionella drivkrafter	8%	71%	21%
Jag koordinerar, planerar och diskuterar arbetet i verksamheten tillsammans med medarbetare	0%	82%	18%
Jag uppmuntrar kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete	0%	74%	26%
Jag uppmuntrar utveckling och implementering av nya rutiner och arbetssätt	3%	74%	24%
Jag motiverar och stödjer medarbetare i deras arbete	0%	76%	24%

Även om en majoritet har svarat att deras ledning och styrning var oförändrad finns det några intressanta observationer avseende variation i de olika aspekterna:

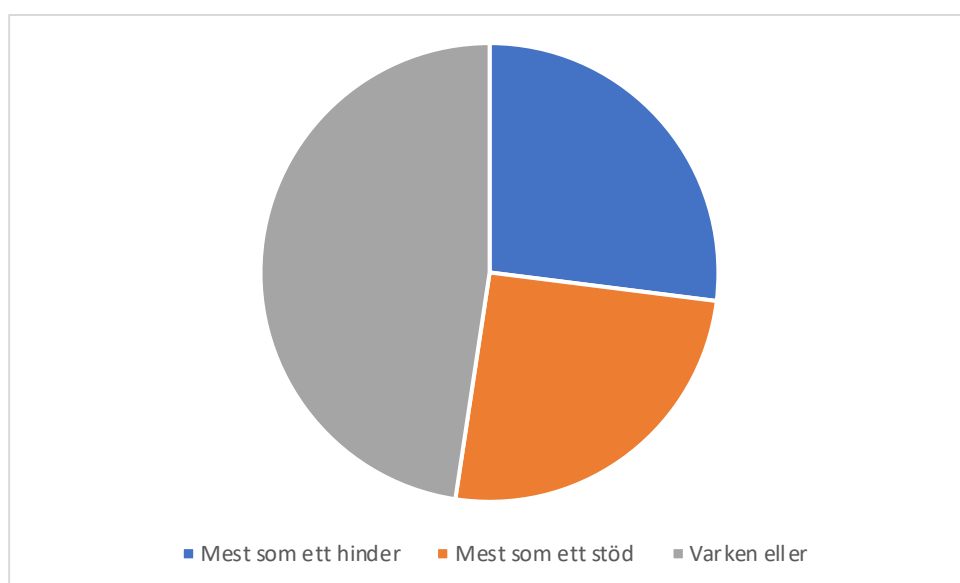
- En första observation är att så många som 92% har svarat att deras uppföljning av att verksamheten håller sig inom givna ekonomiska ramar är oförändrad. Detta resultat stämmer också väl överens med vad som framkommit i intervjuerna, nämligen att nivån på ersättningen är minst lika viktig som ersättningsmodellens utformning för förutsättningarna att styra och leda en verksamhet.
- En andra observation är att samtliga fem aspekter som minst en femtedel (21-26%) av cheferna har uppgivit att de betonar mer än tidigare speglar ett ledarskap med fokus på att stötta medarbetare i sin professionella roll och att uppmuntra till förändrings- och förbättringsarbete.

### **5.3.3 SYNEN PÅ PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING SOM STÖD ELLER HINDER I STYRNINGEN**

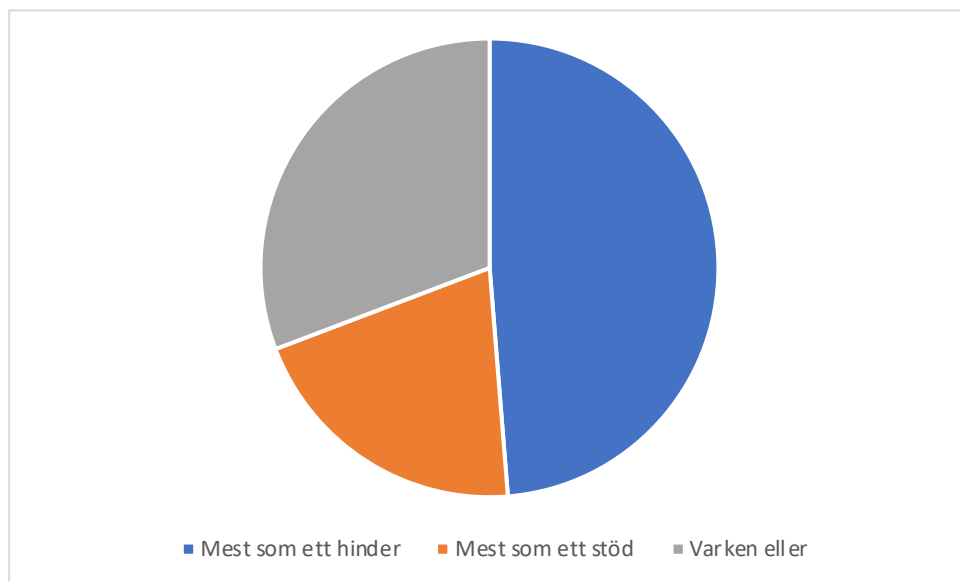
I enkäten vid samtliga mätpunkter fanns en fråga om synen på en prestationsbaserad ersättningsmodell som ett hinder eller ett stöd i den egna styrningen av verksamheten i enkäten. Synen på en prestationsbaserad ersättningsmodell som ett hinder eller ett stöd i den egna styrningen av verksamheten skiljer sig åt vid de olika mätpunkterna. Som framgår av figur 8 svarade 48 procent ”Mest som ett hinder”, 21 procent ”Mest som ett stöd” och 31 procent ”Varken eller” vid mätpunkt 3. Resultatet då cheferna verkat inom ramen för en företrädesvis fast anslagsmodell i drygt tre år är i linje med resultaten från mätpunkt 1, det vill säga före förändringen, men skiljer sig från mätpunkt 2. Vid mättilfälle 1, då cheferna verkade inom ramen för en prestationsbaserad ersättningsmodell, upplevde 56 procent att en sådan princip utgjorde ett hinder i den egna styrningen medan 35 procent angav att den varken utgjorde ett hinder eller ett stöd och 10 procent att den utgjorde ett stöd. Vid mätpunkt 2, det vill säga då cheferna verkat inom ramen för en företrädesvis fast anslagsmodell i närmare två år, upplevde endast 27 procent att prestationsbaserad ersättning utgjorde ett hinder medan 48 procent angav att den varken utgjorde ett hinder eller ett stöd och 25 procent att den utgjorde ett stöd.



**Figur 6. Svar på frågan ”Anser du att en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?”, (Mät punkt 1 = 71 respondenter)**



**Figur 7. Svar på frågan ”Anser du att en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?”, (Mät punkt 2 = 62 respondenter)**



**Figur 8. Svar på frågan ”Anser du att en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?”, (Mät punkt 3 = 49 respondenter)**

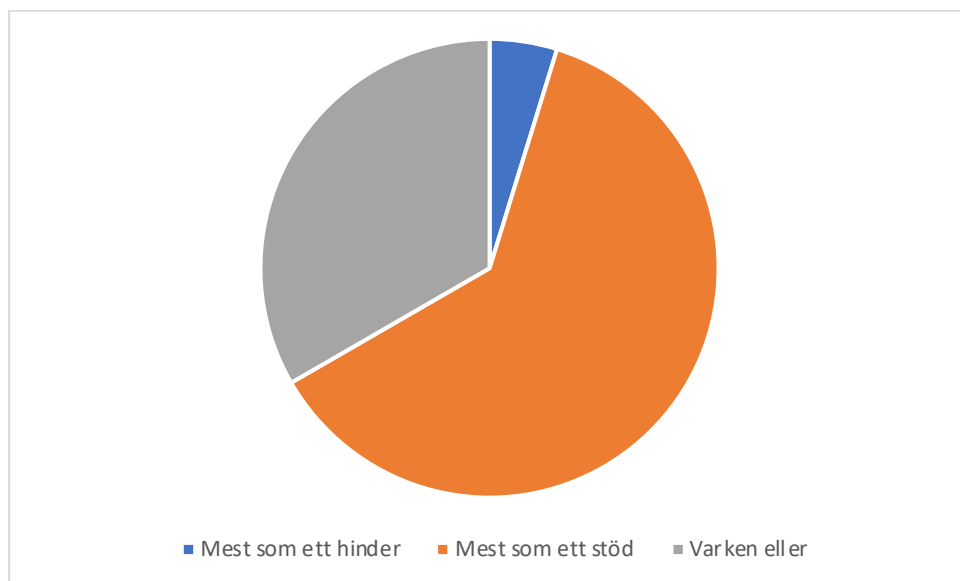
I fritextsvar i enkäten samt vid intervjuerna angav cheferna flera exempel på problem och hinder som en prestationsbaserad ersättningsmodell medför:

- Att ny utveckling hämmas eftersom modellen bygger på en idé om att vissa delar som antas motsvara en god prestation ersätts medan andra delar inte ersätts. Ett exempel som många nämnde är att den omställning till distanskontakter och mer digifysiska möten som gjordes under pandemin inte varit möjlig med en detaljerad prestationsbaserad ersättning, åtminstone inte lika snabbt.
- Att ett tillitsbaserat ledarskap blir svårare eftersom en detaljerad prestationsbaserad ersättning försvårar att ge medarbetarna möjlighet att tänka och handla utifrån sitt professionella omdöme.
- Att arbetsmiljön kan upplevas som mer stressig för både medarbetare och chefer då fokus hamnar mer på kvantitet än kvalitet. Detta kan också skapa en osund konkurrens mellan medarbetare.
- Att vården anpassas mer efter ersättningsmodell än behov från patienter, till exempel långa besök även om det inte finns behov och att patienter med störst vårdbehov kan missgynnas. Detta innebär att resurser används på ett mindre effektivt sätt.
- Att den administrativa bördan blir större eftersom att mycket extra tid måste läggas på att kontrollera registrering och rapportering för att inte riskera indragen ersättning.
- Att god kvalitet och goda behandlingsresultat inte premieras, till exempel att vara skicklig i öppenvården så att vissa patienter behöver färre vårdkontakter.

Samtidigt som många lyfte fram problem och hinder med en prestationsbaserad ersättning och några önskade en än större andel fast ersättning i ersättningsmodellen nämnde många att det är bra med en balans där fast ersättning utgör den största delen men där en komponent med rörlig ersättning finns med. Några chefer uttryckte det som att det är viktigt med incitament, att en del rörlig ersättning ger en känsla av att det är värt att anstränga sig det lilla extra.

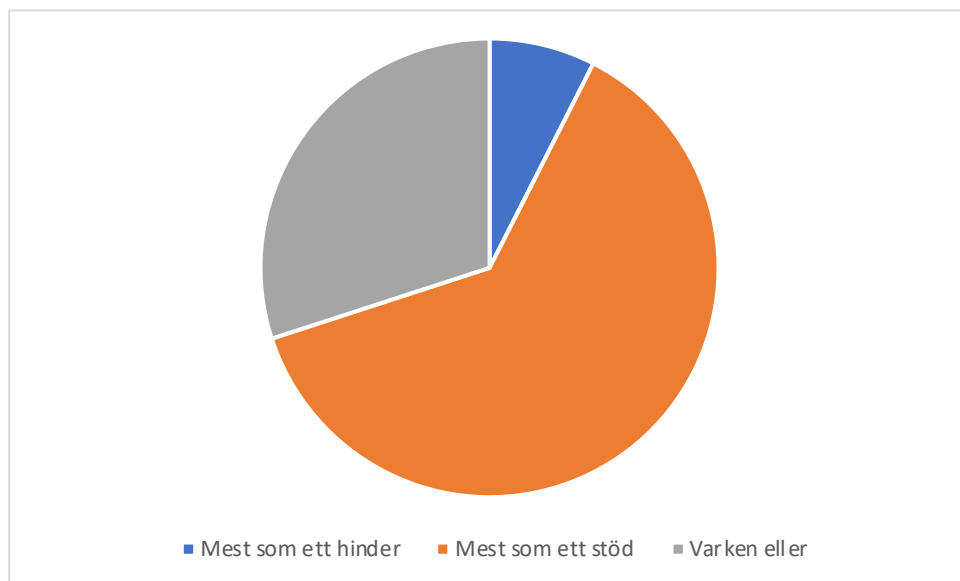
### 5.3.4 SYNEN PÅ FAST ANSLAG SOM STÖD ELLER HINDER I STYRNINGEN

Vid mätpunkt 2 och 3 fanns en fråga om synen på fast anslag som stöd eller hinder i den egna styrningen i enkäten. Synen på fast anslag tycks, till skillnad från synen på prestationsbaserad ersättning vara likartad vid mättillfälle 2 och 3. En majoritet av cheferna, 62 respektive 63 procent vid mätpunkt 2 och 3, uppgav att fast anslag fungerar mest som ett stöd i styrningen och 33 respektive 30 procent att den ersättningsprincipen varken är ett stöd eller hinder (figur 9-10).



**Figur 9. Svar på frågan ”Anser du att fast anslag fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?”, (Mätpunkt 2 = 62 respondenter)**





**Figur 10. Svar på frågan "Anser du att fast anslag fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?", (Mät punkt 3 = 49 respondenter)**

I enkäterna fanns flera frågor med öppna svar. En sammanfattning av svaren på de öppna frågorna "Ge gärna exempel på vilket sätt du anser att en prestationsbaserad rörlig ersättning utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning" och "Ge gärna exempel på vilket sätt du anser att en ersättningsmodell som bygger på fast anslag utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning" redovisas i tabell 9. Övergripande kan ett antal faktorer som upplevs som stöd respektive hinder respektive nackdelar med de båda ersättningsprinciperna noteras. Även om fler lämnade fria kommentarer om prestationsbaserad ersättning enkäten vid mät punkt 1 var innehållet i kommentarerna likartat jämfört med svaren vid mät punkt 2 och 3.

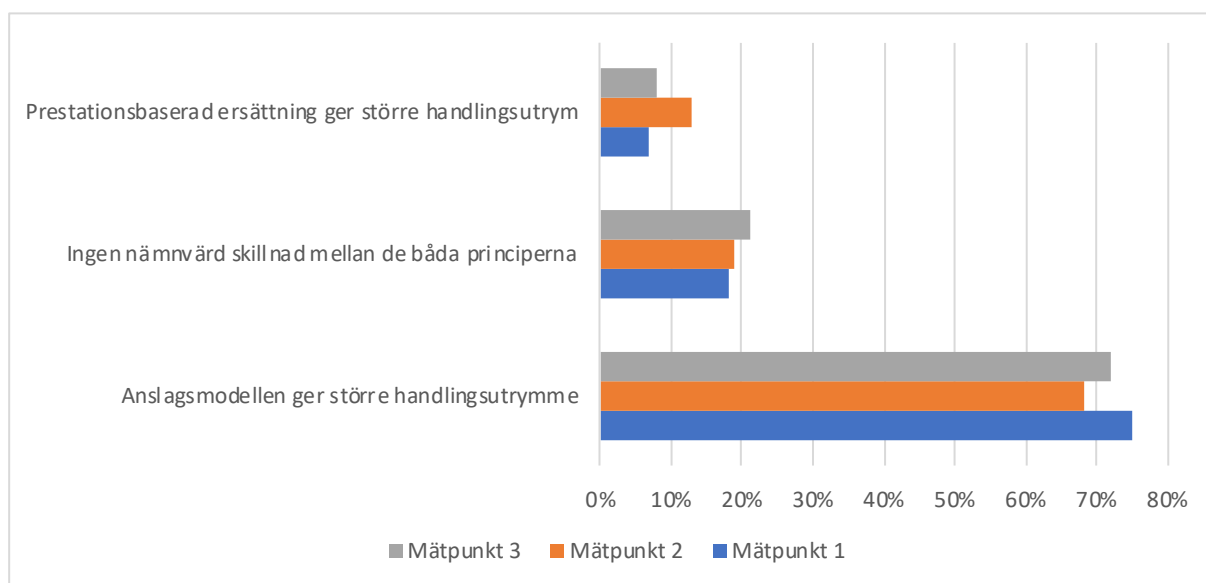
**Tabell 8. Chefers synpunkter på olika ersättningsprinciper, enligt fria kommentarer i enkäterna.**

	Synpunkter om prestationsbaserad ersättning (mät punkt 1, 2 och 3)	Synpunkter om fast anslag (mät punkt 2 och 3)
<b>Stöd</b>	Uppdragets tydlighet underlättar styrningen vidare ut i verksamheten, t.ex. vid medarbetarsamtal och lönesamtal Lättare att finansiera extra personal på marginalen vid stor efterfrågan Lättare att premiera högpresterande medarbetare	Mer flexibilitet i att planera och organisera verksamheten Möjliggör verksamhetsutveckling och innovationer Bättre förutsägbarhet om ekonomiska ramar underlättar planeringen Jämnare vård över året när man slipper diskussion om att ställa om för att nå kvantitativa mål i slutet av året
<b>Hinder/ Utmaningar</b>	Poängsystemet (avsett andel rörlig ersättning) gör det svårt att planera Administrativ börda till följd av krav på detaljerad registrering	Ställer krav på annan typ av kompletterande styrning En större andel fast ersättning behöver kombineras med uppföljning av

	<p>Personalen oroar sig över lönsamhet (skapar oro i organisationen)</p> <p>Oförutsägbart system</p> <p>Stressad personal</p> <p>Minskar tilliten till medarbetare att de utför de åtgärder som patienten behöver utifrån professionell aktuell bedömning.</p>	<p>kvalitetsindikatorer och produktionsutfallsmått. Dessa bör kunna varieras över tid.</p>
<b>Nackdelar</b>	<p>Poängsystemet har negativa konsekvenser för kontinuitet och kvalitet</p> <p>Poängsystemet motverkar effektivt omhändertagande då det skapar inlåsnings effekter</p> <p>Modellen har negativa konsekvenser för kvalitet</p> <p>Fokus på produktion (kvantitet) tränger undan andra målsättningar (kvalitet)</p> <p>Den prestationsbaserade ersättningen motverkar innovationer</p> <p>Den prestationsbaserade ersättningen försvårar prioritering av patienter med störst behov</p>	<p>Kan leda till längre köer om uppföljning av kvalitetsmått saknas</p> <p>Fast anslag tar inte hänsyn till skillnader i ”tunga” och ”lätta” patienter</p>
<b>Fördelar</b>	<p>Tydlig koppling mellan besök och tillgänglighet</p>	<p>Lättare att bedriva vård som svarar mot patienters behov</p> <p>Lättare att bedriva vård som är individanpassad</p> <p>Lättare att fokusera på komplexa patienter</p> <p>Bättre förutsättningar för samverkan och samarbete</p> <p>Större förändringsbenägenhet</p> <p>Skapar lugn bland personalen</p> <p>Bättre trygghet i systemet</p> <p>Underlättar professionella bedömningar av behov och åtgärder</p> <p>Enklare administration</p> <p>Bättre arbetsmiljö med mindre stress för medarbetare</p>

## 5.4 UPPFATTNINGAR OM KONSEKVENSER FÖR MEDARBETARE OCH PATIENTER

En stor andel fast ersättning och fleråriga avtal skapar inte bara incitament att ge god och säker vård samt att bedriva utvecklingsarbete utan bidrar även till en god arbetsmiljö, enligt fritextsvar i enkäter och intervjuer med verksamhetschefer. Som framgår av figur 11 uppfattas en modell med stor andel fast anslag ge medarbetare större professionellt handlingsutrymme än en rörlig prestationsbaserad ersättning.



**Figur 6. Svar på frågan ”Anser du att en modell med stor andel fast anslag eller en modell med stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning ger störst professionellt handlingsutrymme för medarbetare som träffar patienter?”, (Mätpunkt 1 =71 respondenter, Mätpunkt 2 = 62 respondenter, Mätpunkt 3 = 49 respondenter)**

Bilden av uppfattningar om konsekvenser för arbetssätt och medarbetare tyder å ena sidan på att det inte nödvändigtvis har blivit så stora förändringar för medarbetare som träffar patienter och å andra sidan på att arbetssituationen blivit mycket mer flexibel:

- Även om en majoritet av cheferna menade att den nya avtals- och ersättningsmodellen principiellt medger ökad autonomi och mer professionellt handlingsutrymme för medarbetare är det inte säkert att det blivit så kännbara konsekvenser av förändringen hela vägen ut i verksamheterna. Många förutsättningar för det dagliga arbetet är likartade efter jämfört med före förändringen. Budgetrestriktioner och krav på registrering av åtgärder förändras inte bara för att avtals- och ersättningsmodellen förändras. Det innebär också att den administrativa bördan inte nödvändigtvis har förändrats bland medarbetare.
- Enkät svar och intervjuer med verksamhetschefer vid mätpunkt 2 och 3, ger en samstämmig bild av att den nya avtals- och ersättningsmodellen medfört en ökad flexibilitet och bättre förutsättningar för innovationer. Samtliga intervjuade verksamhetschefer vittnade om att den nya ersättningsmodellen möjliggjort en snabb omställning till distanskontakter och digifysiska möten i samband med Covid 19-pandemin. Detta har också inneburit en ökad flexibilitet i det dagliga arbetet genom att medarbetare har kunnat jobba hemifrån i viss utsträckning. Flera verksamhetschefer resonerade om möjliga konsekvenser för medarbetare på längre sikt i termer av att kunna erbjuda en

mer flexibel arbetsmiljö vilket kan bidra till att uppfattas som en attraktiv arbetsplats.

I tabell 9 redovisar vi förväntade och upplevda effekter av övergången från prestationsbaserad ersättning till fast anslag för olika målsättningar i vården (mättillfälle 1 och 2, denna fråga fanns inte i enkäten vid mättillfälle 3). I frågan ombads cheferna att så långt som möjligt beakta ersättningsmodellens styrande effekter och försöka bortse från andra delar av avtalsmodellen. Svar på följande frågor redovisas i tabellen:

- I vilken utsträckning tycker du att nuvarande modell med en stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning bidrar till följande (i jämförelse med en fast anslagsmodell)? (Mät punkt 1)
- I vilken utsträckning tror du att en övergång till en modell med större andel fast ersättning kommer bidra till att följande effekter? (Mät punkt 1)
- I vilken utsträckning anser du att övergången till en modell med större andel fast ersättning år 2019 har bidragit till följande effekter? (Mät punkt 2)

**Tabell 9. Upplevda effekter av prestationsbaserad ersättning, förväntade effekter och upplevda effekter av övergång till fast anslag.**

	Mät punkt 1		Mät punkt 2
	Upplevelser med prestationsbaserad ersättning	Förväntade effekter av förändring	Upplevda effekter efter förändring
Att vård av god kvalitet premieras	51%	92%	68%
Att följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram premieras	63%	91%	74%
Att goda behandlingsresultat premieras	45%	93%	67%
Att patientdelaktighet premieras	56%	93%	64%
Att kontinuitet i kontakten med patienter premieras	47%	89%	61%
Att uppföljning av besöksolymer premieras	90%	79%	66%
Ett fokus på att hålla sig inom de ekonomiska ramarna	91%	90%	73%

Ett intresse av att följa upp kösituationen	87%	88%	62%
Att medarbetare har stora frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete	46%	97%	60%
Att innovationer och nya arbetssätt premieras	46%	95%	75%
Att samverka med andra aktörer premieras	40%	94%	61%
Ett intresse av att ta emot patienter från andra verksamheter	57%	80%	41%
Ett intresse av att hänvisa patienter till andra verksamheter	64%	64%	43%
Administrativt merarbete	88%		

Tabellen redovisar andelen som svarat ”I mycket hög utsträckning” eller ”I ganska hög utsträckning” eller ”I viss mån” på frågorna. (Svarsalternativ: I mycket hög utsträckning, I ganska hög utsträckning, I viss mån, I mycket liten utsträckning, Inte alls).

#### **5.4.1 FÖRVÄNTADE KONSEKVENSER FÖR MEDARBETARE OCH PATIENTER FÖRE FÖRÄNDRINGEN**

Resultaten i enkäten visar att de förväntade effekterna av övergången överlag var stora. Cheferna trodde att övergången skulle bidra till att vård av god kvalitet och följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram premieras i högre utsträckning, bättre kontinuitet i kontakten med patienter, ett minskat fokus på att följa upp volymer av vård, att medarbetare ska få större frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete, att innovationer och nya arbetssätt samt samverka med andra aktörer premieras i större utsträckning samt att minskat administrativt merarbete.

Samtliga intervjuade verksamhetschefer var eniga i att en modell som till stor del bygger på fast anslag (i jämförelse med en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell) ger större frihetsgrader för verksamheterna att lägga upp sitt arbete. Övergripande var uppfattningen att ett ökat handlingsutrymme också innebär en ökad flexibilitet och en ökad professionalisering av arbetet för medarbetare närmast patienterna. Verksamhetscheferna var positivt inställda till

att denna ökade flexibilitet och professionalisering av arbetet är positivt för patienterna. Ökad flexibilitet ger förutsättningar för att arbeta mer effektivt vilket skapar mervärde för patienter, menade verksamhetscheferna.

*”I den nya modellen blir arbetet mer professionsbundet. Det är en fördel att kunna göra olika sorters besök som ger mervärde för patienten. Vissa som inte vill komma till kliniken skapar det värde för. Till exempel genom att vi kan ha kontakter via telefon och video utan att straffas ekonomiskt. Ett smartare sätt att arbeta på.”*  
(Verksamhetschef, Mät punkt 1)

*”Spännande med mer fast ersättning. Styr om till att följa vårdprogrammen vad gäller till exempel gruppbehandling. Detta är en effektivisering. Vi kan jobba smartare och följa de processer som vi ska. Gruppbehandlingar ersattes inte som läkarbesök men nu kan vi göra detta utan att straffas.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 1)

*”I bästa fall kan denna förändring innebära mer personcentrerad vård. Inte lika hårt styrd. I stressade situationer kan medarbetare hävda att de inte kan ändra eller göra annat med hänvisning till ersättningsmodellen. Vi måste skapa poäng! [...] ”Processkartorna är lättare att genomföra med nya modellen. Det som är bra för patienten kan göras nu utan att det bestraffas med lägre poäng eller liknande.”*  
(Verksamhetschef, Mät punkt 1)

Däremot var det inte någon verksamhetschef som trodde att det skulle bli mindre inslag av administration i samband med införande av den nya modellen.

*”Blir det mindre administration nu? Inte först. Administration och säkerställande av data för att ha bra underlag blir viktigt åtminstone under första året så att allt blir bra och rätt.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 1)

Liksom verksamhetscheferna var sektions- och verksamhetscheferna eniga i att modellen med hög andel rörlig ersättning i kombination med hög detaljeringsgrad premierade tillgänglighet och hög volym av besök men skapade

inlåsningseffekter och undanträngningseffekter, motverkade innovationer och motverkade en effektiv användning av resurser. Chefer på denna nivå, i jämförelse med verksamhetscheferna, menade i större utsträckning också att den tidigare modellen skapade inlåsningseffekter, ”pinnjakt”, hets och stress för medarbetarna i den dagliga verksamheten.

I jämförelse med verksamhetscheferna hade de intervjuade enhetscheferna, som arbetar nära den dagliga verksamheten, fler tankar och reflektioner kring vad förändringen innebär för vårdens innehåll, medarbetarna och patienterna mer konkret. Det fanns förväntningar om att lika ersättning för olika sorters besök (enskilda, gruppbesök, videobesök, telefonkontakter) i den nya modellen skulle gagna medarbetare genom att arbetssituationen skulle bli mer flexibel.

En förväntning var att en större andel telefonbesök skulle bidra till att ”skapa luft” i verksamheten och, i sin tur en lugnare arbetsmiljö som kan bidra till att fler stannar. Därmed skulle kontinuiteten i personalgruppen kunna förbättras. Det fanns också förväntningar på att innovationer och nya arbetssätt skulle premieras eftersom arbetsmiljön skulle bli ”mindre ängslig” och medarbetarna skulle märka av mindre stress i sitt arbete. Medarbetare förväntades få större frihetsgrader att lägga upp sitt arbete. Med ökat handlingsutrymme blir förutsättningarna för att testa nytt bättre:

*”Det väcker en kreativitet. Professionella handlingsutrymmet - nya arbetssätt, metoder och behandlingsval - växer hela vägen ut till den som jobbar närmast patienten. Vi pratar om produktion och produktionskrav men nu kan den som jobbar med patienten fylla behandlingen med det innehåll som passar bäst.” (Enhetschef, Mätpunkt 1)*

Att olika sorters besök ersätts lika i den nya modellen menade enhetscheferna även skulle gagna patienterna. En anledning var att följsamheten till nationella riktlinjer och vårdprogram premieras eftersom medarbetare får fler verktyg att använda i behandlingen. Då blir det lättare att följa riktlinjer där behov och evidens ska styra val av behandlingsmetod. Förväntningar var också att processkartorna skulle bli lättare att efterleva i den nya modellen. En relaterad förväntning på förändringen var att patientdelaktighet skulle premieras då medarbetare får ökade möjlighet att skraddarsy vårdplaner och patienter är med och utformar dessa.

Flertalet sektions- och enhetschefer menade att risker i patientsäkerhet torde minska med ökad flexibilitet. Ett exempel som många återkom till var att om en patient inte har möjlighet att vara på plats för ett fysiskt besök kan detta ersättas med ett distanssamtal. Då kan behandlingen fortgå även om patienten inte har möjlighet att vara på plats. Detta kan öka tryggheten för patienten och hjälpa till att förebygga återfall eftersom kontakten upprätthålls även om det fysiska mötet inte äger rum. Likaledes förväntades kontinuiteten i kontakten med patienter liksom tillgängligheten och vårdens kvalitet premieras då medarbetare inte begränsas av detaljerade uppdrag i form av volymer för olika sorters besök:

*”Förut skulle vi producera och följa upp rosa och gröna och gula och blå bollar och så vidare. Nu har vi blivit friare i det tänket. Nu ska vi bara producera och följa upp ljusblå bollar. Det finns en flexibilitet kring vilka typer av besök som ska göras. Om patienten inte dyker upp kan vi ringa patienten och göra besöket på distans istället. Vården blir mycket mer individanpassad.” (Enhetschef, Mät punkt 1)*

Med få undantag, trodde varken sektions- eller enhetscheferna att det administrativa merarbetet skulle minska med den nya modellen – åtminstone inte initialt. Mycket måste dokumenteras oavsett ersättningssystem. Olika rutiner skulle kunna förenklas men detta gäller oavsett ersättningssystem.

#### **5.4.2 UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR MEDARBETARE OCH PATIENTER 18-24 MÅNADER EFTER FÖRÄNDRINGEN**

Svaren på frågan om hur chefen på olika nivåer upplevde effekter av övergången drygt 1,5 år efter förändringen tyder på en diskrepans mellan förväntade och upplevda effekter. En majoritet av cheferna tyckte att övergången bidragit till positiva effekter för de flesta förväntade aspekterna, åtminstone i viss mån, men i lägre utsträckning än förväntat. Vad gäller förväntade och upplevda effekter på administrativt medarbete, var frågan olika formulerad i de båda enkäterna, varför den inte presenteras i tabell 7. Knappt hälften av cheferna som besvarade enkäten, 48 procent, ansåg att övergången lett till minskat administrativt merarbete i åtminstone någon mån.

Verksamhetscheferna menade att den nya modellen gjort det lättare att anpassa verksamheten till patienters behov, inte minst i samband med pandemin, och underlättat arbetet med processkartorna. Den nya modellen hindrar inte



innovativa arbetssätt och bidrar till mer effektiv användning av resurser (tid och personal), framförallt en balans mellan fysiska besök och distanskontakter:

*”I och med att vi har möjliggjort det här med videomöten och annat så kan det ibland, lite grann det du själv sa generera några extra besök på det viset. Jag kanske kan ringa 2-3 patienter inom loppet av en timme, vilket gör att jag kan lösgöra en resurs för ett hembesök istället.”*  
(Verksamhetschef, Mät punkt 2)

*”Jag känner en ökad handlingsfrihet i det här att följa patientflödena på ett helt annat sätt.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 2)

Uteblivna kontakter hade minskat som en konsekvens av den nya modellen, vilket bidrog både till en bättre patientsäkerhet och bättre användning av resurser:

*” Vi har ju alltid haft problem med patienter som avbokar och inte dyker upp på tiderna, nu har man haft en ganska offensiv uppföljning av dem, att man har följt upp dem som inte kommit till mottagningarna, man har följt upp dem på telefonkontakt. Vi har sett att där har de uteblivna vårdkontaktarna, de har minskat ordentligt. Det har ju också varit positivt tänker jag. Även om man inte kommer fysiskt så får man ändå en kontakt med sin behandlare så man kan göra en ordentlig uppföljning. Så att man inte missar patienter, att de faller bort. Så det har varit väldigt positivt också.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 2)

*”Vår rutin idag säger ju att om en patient uteblir då ska behandlaren, doktorn ringa patienten för att säkerställa patientens mående. Det är ju en patientsäkerhetsfråga tycker jag som är en kvalitetsfråga som är hög.”* (Verksamhetschef, Mät punkt 2)

Drygt 1,5 år efter förändringen hade det inte blivit någon lättnad i administrativt arbete, enligt de intervjuade verksamhetscheferna. De verksamhetschefer som före övergången trodde att det skulle bli mindre administration på sikt verkade

snarast ha resignerat och upplevde att det kanske inte ens blir en förändring när den nya modellen har satt sig:

*”Jag tycker det här är ständigt ett fokusområde. Jag tycker inte att det administrativa arbetet har i nuläget förändrats bara för att vi har fått ett nytt avtal, nej det tycker jag inte. Däremot så jobbar vi ju hela tiden med fokus på vem gör vad i en verksamhet. Och det här ständiga administrativa bruset som jag tror att vi alla känner av. Kan man verkligen styra och styra bort det i någon omfattning?”*  
(Verksamhetschef, Mätpunkt 2)

Vad gäller förväntningar på arbetsro och ökat professionellt handlingsutrymme, menade verksamhetscheferna att förändringen – åtminstone på drygt 1,5 års sikt – inte inneburit någon större skillnad för medarbetare ute i verksamheten. Flera indikerade att än så länge hade förändringen haft större genomslag på chefsnivå än på medarbetarnivå eftersom det tar tid innan en förändring sätter sig i en organisation.

*”Alltså den här nya modellen har inte satt så vansinnigt starka avtryck i vår verksamhet riktigt ännu. ... Vi har, vi är på rätt väg men jag tycker inte att det är så skarpa avtryck riktigt ännu. Nej, det tycker jag inte.”* (Verksamhetschef, Mätpunkt 2)

Verksamhetscheferna vittnade också om att andra faktorer, såsom en ansträngd ekonomi och fortsatt fokus på att producera vårdkontakter, kan ha dämpat konsekvenserna av förändringen för medarbetare och chefer på lägre nivåer:

*”Jag tror att det [ökade professionella handlingsutrymmet] äts upp utav framför allt på öppenvårdens sida så äts det upp utav oron att vi är i en ekonomiskt lite trängd situation. Att man inte med självklarhet kan fylla på med kollegor. Och dessutom så är det ju så att vi produktionsstyr lite mer aktivt idag än vad vi gjorde kanske för bara ett par år sedan. Att vi har en uppföljning på produktionsinsatser lite skarpare idag än tidigare.”* (Verksamhetschef, Mätpunkt 2)

Flera sektions- och enhetschefer menade att den nya modellen på kort sikt gjort det lättare att anpassa verksamheten till patienters behov, även om några pekade på problem när mer resurskrävande insatser inte längre premierades med mer ersättning. Den ökade flexibiliteten hade märkts inte minst i samband med pandemin. En god balans mellan fysiska besök och distanskontakter lyftes fram som positivt av enhetscheferna i det sammanhanget. Det hade blivit bättre förutsättningar för patientsäkerhet och effektivitet eftersom uteblivna besök minskat då man kan ersätta med distanskontakter utan att det straffar sig ekonomiskt.

*”Nu får vi också ersättning till vissa telefonkontakter. Distanskontakter fanns inte tidigare och det tycker jag är bra. Det är inte alla som har möjlighet till att komma regelbundet. Det kan vara lättare att göra det hemifrån. Det är inte lika många moment så det förenklar för behandlaren.” (Enhetschef, Mätpunkt 2)*

Många enhetschefer – även bland de som var mer negativt inställda till övergången – menade att förändringen hade medfört en bättre långsiktighet och stabilitet i planeringen, vilket upplevdes som positivt:

*” Man kan med en mer trygghet planera. Det är klart att det innebär en framförhållning på ett helt annat sätt. Vi kan planera våra vårdaktiviteter och utvecklingsarbete på en mer stabil grund. Vi behöver inte ta hänsyn till typen utav ersättning. Vi behöver inte lägga ner någonting. Så det är kännbart.” (Enhetschef, Mätpunkt 2)*

*” Målet med att jobba mer långsiktigt tycker jag att det uppfylls. Det känns att det är mycket lugnare i vad man jobbar med. Om vi tänker över de här olika kvalitetsmåten vi har. Att vi kan följa. Vi behöver inte se över vad som kommer utan det känns mycket mer stabilt. Och då blir det också en större trovärdighet tycker jag. Hur vi kan motivera när vi följer upp olika saker. Vi har också blivit mer patientfokuserat tycker jag.” (Sektionschef, Mätpunkt 2)*

Flertalet enhetschefer vittnade om att det var ett fortsatt stort fokus på ekonomi och produktion, även efter förändringen, i synnerhet bland de enheter som upplevde att de hade en ansträngd ekonomi:

*”Det är fortfarande så att oavsett vilken ersättningsmodell vi har så behöver vi få ekonomin att gå runt.” (Enhetschef, Mätpunkt 2)*

En annan enhetschef, som hade en uttalat positiv inställning inför övergången, menade – i linje med vad verksamhetscheferna uttryckte – att det visat sig svårt att ta tillvara det ökade handlingsutrymmet i den nya modellen. Hen menade att förändringen inledningsvis lät bra men att det i praktiken inte finns så stor flexibilitet i verksamheten, varken före eller efter förändringen. Förutsättningarna i övrigt hade inte förändrats nämnvärt bara för att ersättningsmodellen hade förändrats:

*”Ja alltså uppföljningen ser likadan ut egentligen. Från mitt perspektiv så är det ju fortfarande så att man räknar pinnar, som vi inte kallar det men ändå kallar det. Ja men du förstår, liksom allting, om man ska ändra nånting, det kräver nog egentligen att ha flera processer igång samtidigt. Det här är lite grann som att köpa en ny kaffebryggare men köra med samma kaffe.” (Enhetschef, Mätpunkt 2)*

Liksom bland verksamhetscheferna, vittnade enhetscheferna om att det inte har blivit någon lättnad i administrativt arbete efter övergången. Snarare menade flera enhetschefer att övergången – åtminstone initialt – medförde lite oreda vad gäller registreringspraxis. Detta hänger delvis också samman med att processkartorna successivt har införts sedan 2013:

*” I början, det blir mycket fel, så jag är lite kluven till om det är vårdpersonal som ska göra all den här administrationen och ibland så tycker jag nog inte att de ska det. För att det är, en del har väldigt svårt att lära sig hur man ska göra helt enkelt.” (Enhetschef, Mätpunkt 2)*

*”Det som kan göra det lite rörigt för medarbetarna och för de närmsta cheferna är att vi samtidigt har gjort ett arbete sedan 2013 med vårdprocesser. Att formulera en sorts miniminivå och standard om vilka insatser man ska få beroende på vilken diagnos man har. ... Det är en annan sorts kvalitetsmått som inte helt och hållet överlappar med de här kvalitetsmåten och det skapar oreda. ... jag har hört från medarbetare att de tycker det är jätterörigt.” (Enhetschef, Mät punkt 2)*

Flera enhetschefer poängterade också att det tar tid att implementera en förändring av det slag som en ny ersättningsmodell innebär. Några uttryckte en åsikt att det tar än längre tid att implementera och se effekterna av en modell som går från prestationsbaserad till fast ersättning än tvärt om:

*” Jag tror att det här är en, alltså en ganska långdragen implementeringsprocess. Alltså vi ändrar ju ibland de här ersättningssystemen, men jag tror att det är lättare om man går ifrån ett fast ersättningssystem ... än tvärtom, att man skulle börja jaga pinnar igen, den processen går egentligen snabbare. För där handlar det om att liksom fokusera på produktion. Det är ju egentligen en lättare övergång. Än att tänka att nu ska vi se på kvaliteten.” (Enhetschef, Mät punkt 2)*

### **5.4.3 UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR MEDARBETARE OCH PATIENTER 36-38 MÅNADER EFTER FÖRÄNDRINGEN**

Resultat från enkäter till enhets- sektions- och verksamhetschefer och intervjuer med verksamhetschefer vid mättillfälle 3 tyder på att implementeringen av den nya avtals- och ersättningsmodellen har kommit längre. Den förändrade avtals- och ersättningsmodellen har möjliggjort större flexibilitet i hur resurser används. Att olika sorters besök ersätts lika upplevs som positivt och möjliggör en vård som bygger en grundläggande medicinsk princip att aktiviteter ska prioriteras efter behov, såväl vilka patienter som tas emot som hur de tas emot. Den tidigare detaljerade ersättningsmodellen skapade incitament till att utföra åtgärder som inte alltid upplevdes som så viktiga ur ett patientperspektiv men som man fick betalt för. En verksamhetschef uttryckte det som att i bästa fall tog man lätt på ersättningsmodellen och styrde inte verksamheten som om det fanns skillnader i

ersättning för olika åtgärder men i sämsta fall utförde man åtgärder som inte var så viktiga ur ett patientperspektiv.

Samtidigt tyder resultaten på att konstruktionen av avtals- och ersättningsmodellen med en komponent rörlig ersättning, volymuppdrag samt strukturerad uppföljning inneburit att varken tillgänglighet för patienter, kostnadskontroll eller och produktivitet har försämrats. Uteblivna kontakter har också minskat som en konsekvens av en ökad flexibilitet i den nya modellen. Statistik över besöksvolymerna bekräftar bilden av att antalet besök – omkring 1,3 miljoner patientkontakter per år totalt – bibehållits på ungefär samma nivåer under åren 2019, 2020 och 2021.

## **5.5 UPPFATTNINGAR OM FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT BEDRIVA FÖRÄNDRINGSARBETE**

De mest påtagliga upplevda konsekvenserna av förändringen i avtals- och ersättningsmodell tycks gälla förutsättningar för att bedriva en effektiv vård och förändringsarbete. Resultat från intervjuer och enkäter ger en samstämmig bild av att förändringen bidragit till bättre förutsättningar att bedriva förändringsarbete på både kort och lång sikt och såväl kopplat till behov som uppstod i samband med Covid 19-pandemin som generellt.

### **5.5.1 BEHOV OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FÖRÄNDRINGSARBETE KOPPLAT TILL COVID 19-PANDEMIN**

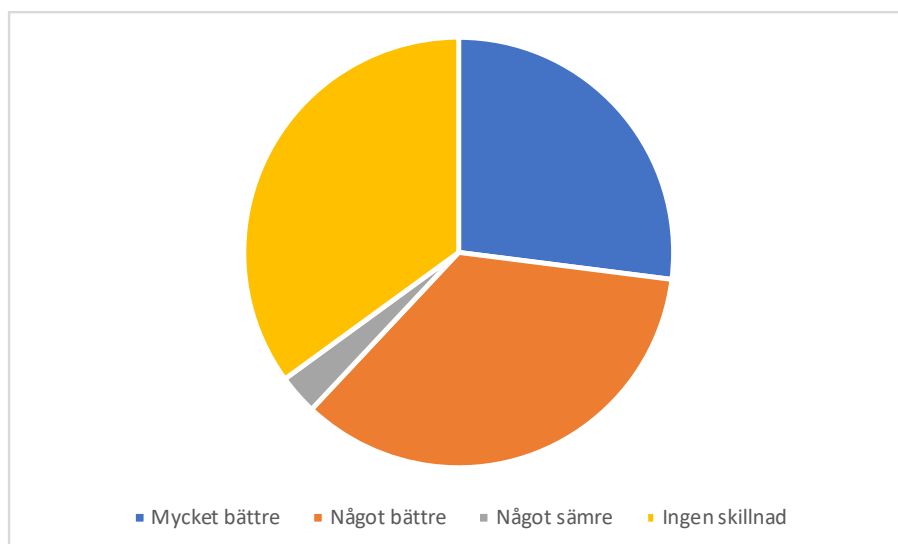
Resultat från intervjuer (mät punkt 2 och 3) och enkäter (mät punkt 2) ger en samstämmig bild av vilka utmaningar som pandemin medfört för psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm. Resultaten ger också en samstämmig bild avseende i vilken utsträckning och på vilket sätt som ersättningsmodell med företrädesvis stor andel fast ersättning, i jämförelse med en modell med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning, inneburit skillnader i förutsättningar för att hantera dessa utmaningar.

Svaren på frågan om vilka behov och utmaningar som pandemin medfört för medarbetare och patienter i de olika verksamhetsområdena kan sorteras under tre teman:

- Behov av att minimera fysiska kontakter mellan vårdtagare och medarbetare och – som en följd – behov av en snabb omställning till digitala kontakter och telefonsamtal.

- Utmaningar att upprätthålla en tillräcklig produktion av vårdkontakter på grund av minskade volymer av fysiska besök, både i grupp och enskilt.
- Utmaning att upprätthålla en god verksamhet på grund av hög sjukfrånvaro och ökad stress för medarbetare samt behov av distansarbete bland medarbetare.

Sammantaget kan utmaningarna ses som ett behov av att snabbt införa förändringar i verksamheterna för att kunna upprätthålla en god kontinuitet, patientsäkerhet, patientdelaktighet och tillgänglighet samt effektiv användning av resurser. Nästan två tredjedelar av cheferna som besvarade enkäten vid mättillfälle 2 tyckte att ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning medförde något eller mycket bättre förutsättningar att bedriva en verksamhet som svarar mot dessa målsättningar, givet de utmaningar som pandemin medförde (figur 7).

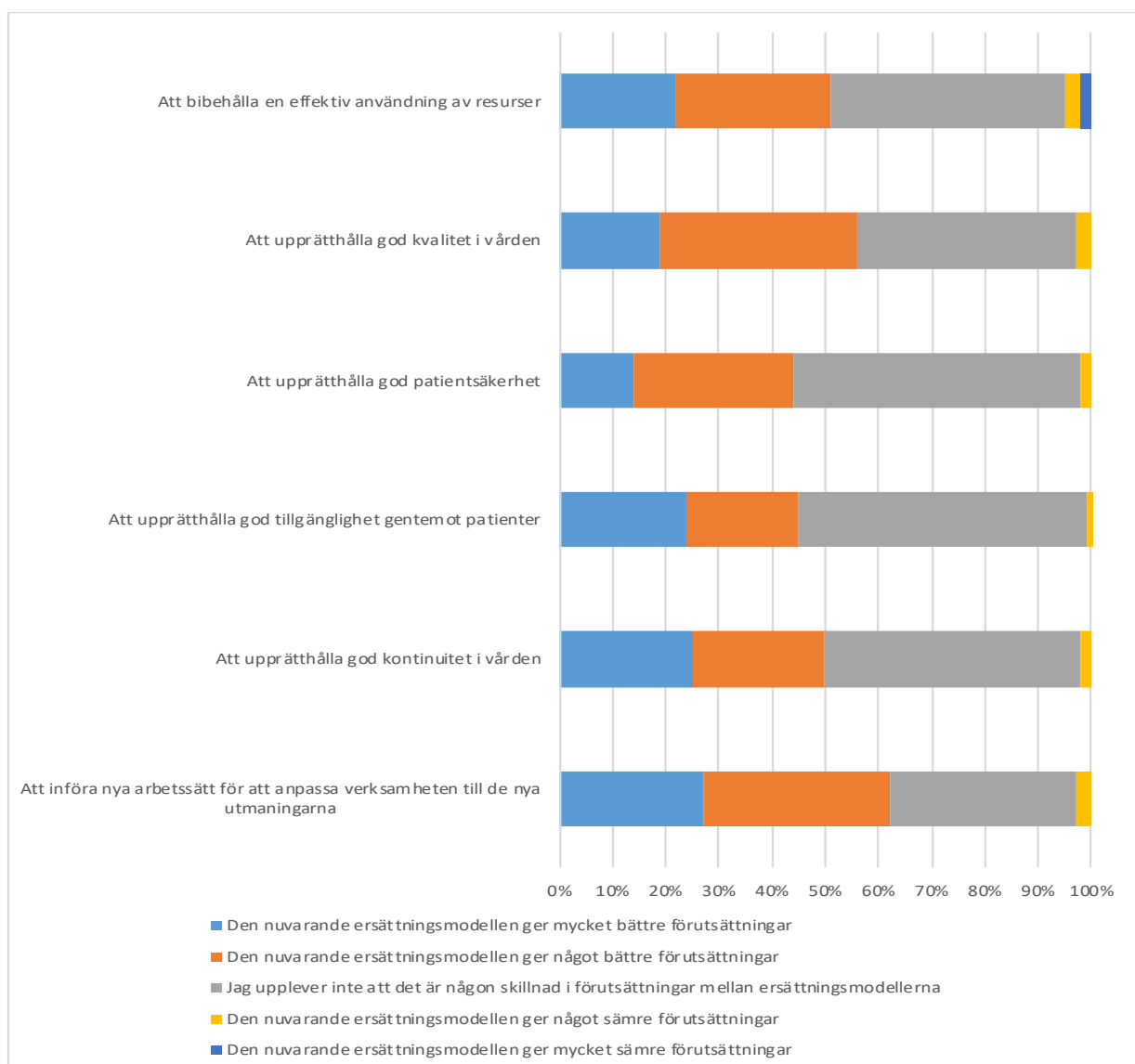


Figur 7. Svar på frågan ”På det hela taget, har den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning inneburit några skillnader i förutsättningar att bedriva en patientsäker, kontinuerlig, tillgänglig och effektiv psykiatrisk vård givet utmaningar förknippade Covid 19-pandemin (i jämförelse med den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning).” (62 respondenter)

I figur 8 redovisas enkätsvar på frågor om förutsättningar att uppnå olika målsättningar, kopplat till en ersättningsmodell med stor andel fast ersättning jämfört med en ersättningsmodell med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning. Andelen som svarade att en ersättningsmodell med stor andel fast ersättning ger något eller mycket bättre förutsättningar att uppnå respektive målsättning varierade mellan 44 och 56 procent. Samtidigt svarade en nästan lika stor andel – mellan 41 och 54 procent för de olika målsättningarna – att det inte är någon skillnad i förutsättningar givet olika ersättningsmodeller. I fritextsvar

gav en enhetschef följande exempel på hur modellen med stor andel fast ersättning underlättat i att balansera nya utmaningar, orsakade av pandemin, med mer traditionella målsättningar:

*”Digitala distansbesök ger samma ersättning som fysiska besök. Det är mycket bra då dessa besök i det stora flertalet är av lika högkvalitativ modell som fysiska besök. Underlättat så att patienterna har fått vård även om de är karantänsatta eller endast har milda symptom, vilket skulle hindrat dem från fysiska besök”.*



**Figur 8. Svar på frågan ”Givet utmaningar förknippade Covid 19-pandemin, i vilken utsträckning anser du att det finns skillnader mellan den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning och den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning i följande aspekter?” (62 respondenter)**



En stor andel – 62 procent – svarade att en modell med stor andel fast ersättning ger något eller mycket bättre förutsättningar att införa nya arbetssätt för att anpassa verksamheten till nya utmaningar (figur 8). De intervjuade enhetssektions- och verksamhetscheferna vid mättilfälle 2 gav också en samstämmig syn i att den flexibilitet som medges i en modell med stor andel fast ersättning underlättat nödvändiga förändringar, förknippade med pandemin. Flera chefer poängterade att förändringar avseende att föra in mer digitala lösningar i den psykiatriska öppenvården, som man försökt genomföra under flera års tid, nu hade genomförts på några månader. Tekniken fanns på plats sedan tidigare men hade inte använts i någon stor utsträckning. Det ökade handlingsutrymmet i den nya ersättningsmodellen i kombination med nya behov hos patienter (distansbesök) och i verksamheter (att uppnå mål i besöksvolym) ledde till att vårdgivare både kunde och ville införa förändringar. En verksamhetschef och en enhetschef uttryckte det såhär:

*”Det var ju en historiskt lycklig sammanträffande då att vi var förberedda. Vi hade tekniken, vi hade liksom metoderna. Allt var klart. Vi hade våra piloter här och där och det betyder att vi hade ändå med i våra planer att vi skulle jobba med det här och vi skulle öka detta. Och fram tills pandemin så var det väl mer en fråga om mänskliga och organisatoriska trögheter, att vi inte liksom fick fart på det där. [...] Det är jätteviktigt att man blir inte ekonomiskt bestraffad för att man har distanskontakt nu. I och med att vi har den platta taxan så är ju det jämförbart och det skulle inte ha gått utan den förändringen.”*  
(Verksamhetschef, mätpunkt 2)

*”Istället för att fokusera på produktionsmål [för fysiska besök] har enheten kunnat fokusera på säker vård, uppmanat patienter att inte komma till enheten om de uppfattar minsta förkylningssymtom. Om produktionsmål [för fysiska besök] varit i fokus tror jag att på en ökad risk att lättare sjuka patienter uppmanats att komma på besök - alternativt att vi fortsatt göra hembesök i hem där någon är sjuk.”*  
(Enhetschef, Mätpunkt 2)

Vid mätpunkt 3 beskrev en verksamhetschef situationen som ”en perfekt storm”, i bemärkelsen att det var två väldigt bra drivkrafter som skapade motivation att driva utvecklingen mot mer digitala patientkontakter och att den nya ersättningsmodellen inte straffade utvecklingen. Den ena drivkraften var att patienterna inte ville komma, och då måste man möta behovet av distanskontakter. Den andra drivkraften var en rädsla att förlora pengar om det inte gick att upprätthålla höga besöksvolymmer. Hen beskrev det som en ideell faktor – att vilja patienterna väl – och en krass ekonomisk faktor – att behålla ersättningen.

### **5.5.2 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FÖRÄNDRINGSARBETE GENERELLT**

På en mer generell nivå gav de intervjuade verksamhetscheferna en samlad bild av en modell med hög andel rörlig ersättning i kombination med hög detaljeringsgrad premierar tillgänglighet och hög volym av besök men skapar inlåsnings effekter och undanträngningseffekter, motverkade innovationer och motverkar en effektiv användning av resurser. Det fanns förväntningar på att övergången till en större andel fast ersättning skulle bidra positivt i de hänseendena:

*”Den nuvarande modellen låser fast fokus på att klara av att komma upp i de poäng som ålagts oss. Det är svårt att prova nya sätt att arbeta på.” (Verksamhetschef, mätpunkt 1)*

Förändringen bidrog till nya möjligheter för verksamhetsutveckling på grund av flera orsaker. Direkt kopplat till ersättningsmodellen är att en hög andel fast ersättning och att alla patientkontakter räknas lika skapar en flexibilitet i verksamheten på både kort och lång sikt. Vid mätpunkt 3, då verksamhetscheferna kunde reflektera över drygt tre års erfarenheter av den nya avtals- och ersättningsmodellen, gav de intervjuade cheferna en samstämmig bild i att ersättningsmodellen möjliggjort införande av och en omställning till digifysiska kontakter (internetbehandlingar och videomöten). Medan den tidigare modellen hindrade en sådan utveckling eftersom digifysiska kontakter inte ersattes har den nya modellen, där digitala besök och telefonkontakter ersätts på samma sätt som fysiska besök, främjat ett innovativt arbetssätt.

Utgångsläge vad gäller användning av digifysiska kontakter varierade något mellan verksamhetsområdena. Bilden är dock samstämmig i att antalet

internetbehandlingar och videomöten ökat med flera hundra procent och att antalet digifysiska besök som en andel av alla patientkontakter har ökat stort i samtliga verksamhetsområden. Statistik över besöksvolymerna bekräftar bilden av det upplevda förändringsarbetet (tabell 10).

**Tabell 10.** Besöksvolymerna 2019, 2020, 2021 sammanlagt inom beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och ätstörningsvård.

År	2019	2020	2021
Antal kvalificerad telefonkontakt	205 340	355 991	345 072
Antal internetbehandlingar	16 526	17 962	22 976
Antal videomöte	472	32 576	78 216
Totalt antal distanskontakter	224 104	412 570	448 989
Totalt antal patientkontakter	1 247 290	1 263 425	1 256 077
Andel distanskontakter av alla patientkontakter	18%	33%	36%
Andel internetbehandlig och videomöte av alla patientkontakter	1%	4%	8%

Andra faktorer, vilka i sig inte hänger samman direkt med själva ersättningsmodellen, utan med avtalsmodellen som helhet har också bidragit positivt till förutsättningar för förändringsarbete, enligt de intervjuade cheferna.

Den längre avtalsperioden upplevs ha skapat förutsättningar för att införa förändringar som tar mer än ett kalenderår att genomföra. Att avtalsperioden har förändrats från ett till fyra år upplevs ha skapat en efterlängtdad långsiktighet och förutsägbarhet i verksamheterna. Dels handlar detta om en förutsägbarhet vad gäller uppdragets omfattning och förväntningar från huvudmannen. Det handlar också om bättre förutsättningar att internt planera och införa långsiktiga förändringar som svarar mot behov i en föränderlig patientpopulation och tillgång till (ny) medicinsk evidens. Lång avtalsperiod var något som lyftes fram som viktigt att behålla i de kommande avtalen.

Jämförelser av prestationer mellan enheter med utrymme för tolkningar utifrån olika förutsättningar i olika verksamheter lyftes av verksamhetscheferna också

fram som viktigt att behålla i de kommande avtalen. Ökad transparens mellan olika verksamhetsområden, vilket hänger samman med att avtalen och uppföljningen har blivit lika för alla verksamhetsområden, tycks också ha bidragit till en ökad förändringsbenägenhet:

*”Jag se det [kvalitet och tillgänglighet] i min egen verksamhet då att man är ju väldigt mån om att se hur vi ligger till i relation till de övriga klinikerna. Och vad är det som gör att vi kanske kommer till korta inom något område eller några och vad ska vi då prioritera? Så att det tycker jag har ökat betydelsen av att jämna till där vi inte riktigt har varit på topp. Men givetvis fortsätta att arbeta med de sidor som fungerar väldigt väl.” (Verksamhetschef, Mät punkt 2)*

*”Om jag har en psykolog hos mig sen kan jag se vad psykologerna på de andra enheterna gör med motsvarande arbetsuppgifter. Då kan man ju liksom jämföra dem, är det rimligt att du har två stycken när alla andra psykologer klarar fyra? Så att man kan ju göra den typen av jämförelser också.” (Verksamhetschef, Mät punkt 2)*

## Kapitel 6

### AVSLUTANDE REFLEKTIONER

I föreliggande rapport har vi analyserat chefers uppfattningar om konsekvenser av en förändrad avtals- och ersättningsmodell utifrån exemplet psykiatrisk öppenvård i egen regi i Region Stockholm där en sådan förändring genomfördes 1 januari 2019. Särskilt fokus har varit på konsekvenser av att byta från en ersättningsmodell med företrädesvis stor andel prestationsbaserad ersättning till en modell med övervägande fast ersättning.

#### **6.1 CHEFERS INSTÄLLNING TILL EN FÖRÄNDRAD AVTALS- OCH ERSÄTTNINGSMODELL**

Nära nog alla chefer som medverkade i intervjuer och besvarade enkäter var positivt inställda till förändringen i avtals- och ersättningsmodellen innan den genomfördes. Inställningen var något mer positiv bland första linjens chefer (enhetschefer) jämfört med verksamhetschefer. Första linjens chefer, i jämförelse med verksamhetschefer, såg i större utsträckning möjliga förbättringar i medarbetares dagliga arbete med patienter. Resultat från intervjuer och enkäter efter förändringen tyder på att en majoritet av cheferna på alla nivåer och inom samtliga verksamhetsområden är mer nöjda med den nya än den gamla avtals- och ersättningsmodellen. En längre avtalsperiod och fast ersättning har medfört en ökad flexibilitet och mer effektiv användning av resurser i verksamheterna och skapat större professionellt handlingsutrymme. Därtill upplevdes den tidigare detaljerade uppföljningen från huvudmannens sida, som var baserad på utfall i förhållandevis många indikatorer, rört sig mot en större grad av dialogbaserad uppföljning samt färre och mer ändamålsenliga indikatorer.

Resultat från enkäter och intervjuer vittnar om en positiv bild också vad gäller upplevelser av förändringen i avtals- och ersättningsmodell efter att förändringen genomförts. Uppfattningarna efter att förändringen genomförts verkar dock mer splittrade än uppfattningarna innan förändringen. Efter förändringen var inställningen till övergången i princip lika positiv bland verksamhetschefer men mycket mer varierad bland enhetschefer och sektionschefer, enligt intervjuerna. Enligt enkätsvaren har inställningen bland verksamhetschefer snarast blivit mer positiv efter att förändringen genomförts medan det omvända gäller för enhetschefer. Verksamhetschefer tycks ha haft en mer försiktig inställning till

vilka effekter som förändringen skulle medföra och upplever att förändringen har blivit lika bra som förväntat. Enhetscheferna tycks snarare ha haft större förväntningar på positiva effekter av förändringen innan den genomfördes än vad de upplever har realiserats efter att den har genomförts.

I jämförelse med resultat från studien av chefers erfarenheter av en förändrad ersättningsmodell i skånsk sjukhusvård (Ellegård och Glenngård, 2018) kan vi observera såväl skillnader som likheter, vilka kan kopplas till tänkbara orsaker till diskrepansen mellan förväntade och upplevda effekter bland cheferna i psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm.

### **6.1.1 SVÅRT ATT IMPLEMENTERA RENODLADE ERSÄTTNINGSMODELLER**

Precis som i den tidigare studien av Region Skåne kan vi konstatera att den införda förändringen inte innebar ett byte från en renodlad (prestationsbaserad) modell till en renodlad (fast) modell för att fördela resurser. Det svårt att implementera renodlade ersättningsmodeller, eftersom renodlade modeller har en tendens att tackla ett problem åt gången. I praktiken står beslutsfattare inför flera utmaningar samtidigt och brukar därför utforma mixade ersättningsmodeller, precis som i det studerade fallet. Vad gäller upplevda effekter innebär ett skifte mellan två mixade ersättningsmodeller en mindre förändring än ett skifte mellan två renodlade principer. Några chefer gav också uttryck för detta under intervjuerna, att det i praktiken inte blev en renodlad anslagsmodell och att de önskade en större andel fast ersättning. En majoritet av cheferna uppgav att fast anslag fungerar mest som ett stöd i styrningen efter att förändringen hade införts. Vad gäller prestationsbaserad ersättning uppgav endast 10 procent av cheferna att denna princip utgjorde ett stöd innan förändringen genomfördes, det vill säga vid tillfälle då de verkade inom en modell företrädesvis stor andel prestationsbaserad ersättning. Samtidigt poängterade många chefer att det är positivt med en mixad ersättningsmodell eftersom detta skapar såväl förutsättningar för professionellt handlingsutrymme, som incitament till att arbeta både effektivt och att upprätthålla tillräckliga volymer av vård.

### **6.1.2 FÖRÄNDRINGAR SKAPAR VANLIGTVIS VINNARE OCH FÖRLORARE**

Att enhetscheferna uttryckte en mer varierad syn på förändringen, efter att den genomförts, kan även hänga samman med att förändringen inneburit att avtalen blivit lika för alla verksamheter. Detta var en uttalad ambition bakom

förändringen. Att avtalen blivit lika för alla verksamheter innebär i praktiken att förändringen slagit olika mellan verksamheterna. Detta kan skapa en upplevelse av att vissa blev vinnare och andra förlorare – eller åtminstone inte lika stora vinnare – på förändringen. Liknande observationer vad gäller variation i inställning bland chefer kopplat till skillnader i initiala förutsättningar kunde observeras mellan verksamheter med olika uppdrag i Region Skåne. Skillnader i initiala förutsättningar kan ju inte fullt ut beaktas inom ramen för en modell som ser likadan ut för alla. Sådana skillnader kan märkas i större utsträckning långt ut i organisationen där det dagliga arbetet med patienter sker. Även verksamhetscheferna gav uttryck för att effekten av den nya modellen varierade mellan verksamheterna. En uttalad ambition med förändringen från beställarens sida var att inte bara ersättningsmodellen utan även uppföljningen skulle bli lika för alla verksamheter. Uppföljningsdialog skulle ske med varje verksamhet fyra gånger per år. Eftersom vissa verksamheter hade en god dialog sedan tidigare medan andra upplevde att den varit mycket bristfällig, menade verksamhetscheferna att denna förändring hade olika effekter i skilda verksamheter.

### **6.1.3 FÖRÄNDRINGAR TAR TID ATT IMPLEMENTERA**

En möjlig förklaring till resultatet att verksamhetscheferna, i jämförelse med enhetscheferna, uttryckte en mer positiv syn på förändringen vid första mätningen efter att den genomförts är att förändringen fick större genomslag högt upp i organisationen först. I och med förändringen minskade detaljeringsgraden i uppdraget från beställaren, vilket fick direkta konsekvenser för relationen mellan avtalshandläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, och verksamhetscheferna. Något förenklat kan det beskrivas som att kontrollen över verksamheterna i viss mån förflyttades från beställare till utförare. Resultat från intervjuer och enkäter 18-24 månader efter förändringen indikerar att förändringen inte hade nått hela vägen ut i verksamheterna. Det ökade handlingsutrymme som principiellt medges av en förändring från en företrädesvis prestationsbaserad till en företrädesvis fast ersättningsmodell kunde inte fullt ut tas tillvara ute i verksamheterna, åtminstone inte i ett relativt kort tidsperspektiv. Begränsningar i form av budgetrestriktioner och uppföljning av prestationer förändras inte per automatik då principer för att fördela ersättning förändras. ”*Det här är lite grann som att köpa en ny kaffebryggare men köra med samma kaffe*” som en enhetschef uttryckte det vid mätningen 18-24 månader efter förändringen. Många av de intervjuade cheferna på samtliga nivåer tyckte att det var för tidigt

att avgöra vilka effekter som förändringen skulle få på sikt. De menade att är en stor förändring som tar tid att sätta sig i och nå ut hela vägen i verksamheter. Dessutom uttryckte några chefer en undran om beställaren skulle hålla i förändringen eller gå tillbaka till en mer detaljerad avtals- och ersättningsmodell. En viktig förutsättning för att en förändring ska kunna implementeras i organisationer är en tro på att förändringen ska vara bestående. Om chefer på olika nivåer inte är säkra på att förändringen är bestående finns en risk att de dämpar den förändrade styrsignalen i väntan på nästa förändring. En begränsning i föreliggande studie är att vi inte intervjuat enhetschefer vid den sista mätpunkten. Intervjuer med verksamhetschefer indikerar dock i större utsträckning en uppfattning om att förändringen kommer att vara bestående vid den sista mätpunkten.

## **6.2 ERSÄTTNINGSMODELLER ÄR ENDAST EN DEL I DEN SAMMANTAGNA STYRNINGEN**

Förändringen av ersättningsmodell som studeras i föreliggande rapport tycks generellt ha fått större konsekvenser än omläggningen av ersättningsmodellen till sjukhus i Region Skåne. Resultat från enkäter och intervjuer ger en samstämmig och positiv bild vad gäller upplevelser av förändringen från en företrädesvis stor andel prestationsbaserad ersättning till en modell med övervägande fast ersättning bland chefer i psykiatrisk öppenvård i Stockholm. Många faktorer som bidrog till de positiva förväntningarna innan såväl som upplevelsen efter förändringen hängde samman med förändringar i styrmodellen som helhet, inte enbart förändringen i ersättningsprincip. Exempel på detta är lika avtal och ersättningsmodell för alla verksamheter, längre planeringshorisont (fyraåriga avtal) och en ökad grad av dialogbaserad återkoppling från beställaren. Regelbunden uppföljningsdialog mellan verksamhetschefer och avtalshandläggare som kontrast mot att styra med ”pinnar” kan i större utsträckning anpassas till olika förutsättningar och skapa lärande och förståelse mellan beställare och utförare. Resultat från intervjuer och enkäter 36-38 månader efter förändringen tyder på att former för denna typ av uppföljning gradvis etablerats över tid.

Förändringarna i styrmodellen utöver förändrad ersättningsprincip hänger samman med de intentioner som huvudmannen ville uppnå med den nya avtals- och ersättningsmodellen. I Region Skåne uppfattades inte återgången till anslag till sjukhus ha kombinerats med förändringar i styrmodellen som helhet i samma utsträckning som i fallet med psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm, vilket



kan vara en förklaring till varför konsekvenserna upplevdes som mer begränsade i fallet Region Skåne. Intervjuer med chefer på förvaltningsnivå i Region Skåne visade att huvudmannens principer för uppföljning var i stort sett oförändrade efter återgången till anslagsfinansiering. Resultaten från föreliggande studie bekräftar resultaten från studien i Region Skåne: Ersättningsmodeller är endast en del av den sammantagna styrningen i verksamheter. Det finns andra styrsignaler som kan vara nog så starka som ekonomiska incitament. För att en förändring av ersättningsmodellen ska få genomslag i praktiken är det viktigt att se över hela styrmodellen så att de olika delarna pekar i samma riktning och stödjer varandra.

### **6.3 SKAPAR FAST ERSÄTTNING BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FÖRÄNDRINGSARBETE?**

Resultaten illustrerar att en stor andel fast ersättning – i jämförelse med detaljerad prestationsbaserad ersättning – kan spela en viktig roll vad gäller vårdgivares förutsättningar att bedriva förändringsarbete och implementera innovativa arbetssätt som svarar mot olika utmaningar. Perioden efter förändringen i avtals- och ersättningsmodellen sammanföll med Covid 19-pandemin. Detta innebar att de chefer som intervjuats och besvarat enkäter haft en konkret situation med ett upplevt behov av att införa förändringar att förhålla sig till när de besvarat olika frågor. Slutsatserna torde vara applicerbara även på andra områden inom somatisk och psykiatrisk vård och på framtida situationer som innebär nya utmaningar och förändringsbehov. För att hantera utmaningarna med pandemin och upprätthålla en god kontinuitet, patientsäkerhet, patientdelaktighet och tillgänglighet samt effektiv användning av resurser, införde verksamheterna inom psykiatrisk öppenvård i egen regi i Stockholm mer digifysiska patientkontakter. I linje med tidigare forskning (se t.ex. Michie m fl., 2011) illustrerar resultaten att tre faktorer – i samverkan med varandra – behövs för att lyckas med förändringsarbete och implementering innovativa arbetssätt i hälso- och sjukvård: Kunskap, motivation och möjlighet.

*Kunskap* handlar om medarbetares förmåga att och kännedom om att genomföra förändringsarbete. Detta avser att veta vad en förändring kan leda till, varför en förändring är önskvärd eller måste genomföras, hur en förändring kan genomföras och vem som kan genomföra en förändring (Lundvall och Johnson, 1994). Kunskap i termer av teknologi för att implementera mer digitala lösningar fanns och hade använts i liten skala sedan ett par år tillbaka i det studerade fallet. *Motivation* handlar om medarbetares drivkrafter för att genomföra en förändring. Dessa drivkrafter kan delas in i förändringsarbete som medarbetare måste, bör

respektive vill genomföra (Herscovitch och Meyer, 2002). Professionella drivkrafter kopplade till behov hos patienter snarare än externt påtvingade initiativ brukar lyftas fram som avgörande för att lyckas med förändringsarbete i hälso- och sjukvård (Weiner 2009). Pandemin innebar att medarbetares drivkrafter för att införa digitala lösningar ökade, eftersom ett behov av att genomföra en sådan förändring för att tillgodose behov hos patienter samt upprätthålla tillräckliga volymer av vård uppstod. *Möjlighet* handlar om att nödvändiga medel och tillräcklig flexibilitet för att genomföra en förändring finns tillgängligt i organisationens inre och yttre omgivning (Michie m fl., 2011). Den inneboende flexibiliteten i den nya ersättningsmodellen, med företrädesvis fast ersättning och där alla patientkontakter räknades lika, möjliggjorde en omställning till mer digitala lösningar utan att verksamheterna bestraffades ekonomiskt. Den tidigare – prestationsbaserade - ersättningsmodellen upplevdes däremot skulle ha hindrat ett sådant förändringsarbete.

Resultaten visar att en lägre detaljeringsgrad i den externa styrningen, inklusive utformning av ersättningsmodeller, möjliggör förändringsarbete i hälso- och sjukvården. Detta är en relevant slutsats för beslutsfattare och beställare av vård. Samtidigt visar resultaten att många andra faktorer – utöver principer för ersättning – är viktiga för att ge vårdgivare goda förutsättningar att balansera olika målsättningar och bedriva förändringsarbete. Kunskap om hur ersättningsmodeller bör kombineras med principer för uppföljning och återkoppling för att uppfattas som relevant och inte underminera motivation bland medarbetare finns. Empirisk kunskap om hur sådana principer kan och bör utformas för att främja olika sorters kunskap och möjliggöra förändringsarbete i organisationer finns i begränsad utsträckning. Relationen mellan givare och mottagare av återkoppling samt vilken typ av data som återkopplas är viktiga för i vilken utsträckning sådana aktiviteter uppfattas bidra till relevant kunskap och motivation bland vårdgivare, enligt en studie bland verksamheter i svensk primärvård (Glenngård och Anell, 2021). En framgångsfaktor tycks vara att givare och mottagare har liknande medicinsk bakgrund. En annan framgångsfaktor tycks vara att den data som återkopplas uppfattas som relevant för det dagliga arbetet med patienter.

## REFERENSER

- Anell, A. (2010). Värden i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.
- Anell, A., Nylinder, P., och Glenngård, A.H. (2012). Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: SKL.
- Anell A. (2019) Performance management and audit och feedback to support learning and innovation – Theoretical review and implications for Swedish primary care. Papers in Innovation Studies. Paper no. 2019/11. Centre for Innovation, Research and Competence in the Learning Economy (CIRCLE), Lund University.
- Bringselius (2017). Tillitsbaserad styrning och ledning – Ett ramverk. Stockholm: Tillitsdelagationen.
- Bureau, V., Dahl, H.M., Jensen, L.G., och Lou S. (2018). Beyond Activity Based Funding. An experiment in Denmark. Health Policy. doi:10.1016/j.healthpol.2018.04.007
- Devlin, R.A., och Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. Journal of Health Economics, 27, 1168-1181.
- Durmont, E., Fortin, B., Jacqueument, N., och Shearer, B. (2008). Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment Journal of Health Economics, 27, 1436-1450.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., och Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy, 110(2-3), 115-130.
- Ellegård, L., och Glenngård, A.H. (2019). Limited Consequences of a Transition from Activity-Based Financing to Budgeting – Four Reasons Why According to Swedish Hospital Managers. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 16(56).
- Ellegård, L., och Glenngård, A.H. (2018). Erfarenheter av förändrad ersättningsmodell i Skånsk sjukhusvård – Från prestation till anslag. Lund: KEFU (rapport 2018:2).
- Forsberg E m fl 2001. "Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care." International Journal of Health Planning and Management 16: 297-310
- Glenngård, A.H., och Anell, A. (2021). The Impact of Audit and Feedback to Support Change Behaviour in Healthcare Organisations - A Cross-sectional Qualitative Study of Primary Care Centre Managers. BMC Health Services Research, 21:662
- Glenngård, A.H., och Ellegård, L. (2018). Coping with Autonomy: Managers' Responses to the Pendulum between Activity-based and Fixed Reimbursement Systems in Swedish Hospital Care. American Journal of Management, 18(5).
- Glenngård, A.H., och Ellegård, L. (2021). The rise and fall of variable DRG-based ABF in Swedish hospital care - Exploring healthcare authorities' decisions to sustain or abandon a novel management control. the 11th international EIASM public sector conference, 27-28 September 2021.
- Grabner, I., och Moers, F. (2013). Management control as a system or a package? Conceptual and empirical issues. Accounting Organizations Society, 38(6-7), 407-19.

- Hennig-Schmidt, H., Selten, R., och Viesen, D. (2011) How payment systems affect physicians' provision behaviour - An experimental investigation. *Journal of Health Economics*, 30(4), 637-646
- Herscovitch L, Meyer JP. Commitment to Organizational Change: Extension of a Three-Component Model. *Journal of Applied Psychology*. 2002; 87(3):474–487.
- Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 247.
- Holmstrom B, Milgrom P (1991) Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design. *Journal of Law, Economics och Organization*, Vol. 7, Special Issue, pp. 24-52.
- Jacobsson F (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården. CMT Rapport 2007:2. Linköpings universitet.
- Jegers, Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve, och Willem Gilles. 2002. "A typology for provider payment systems in health care". *Health policy* 60 (3): 255–273.
- Lindgren, P. 2014. *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lindgren, P. (2019) *Ersättning och e-hälsa*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lundvall, B.Å., och Johnson, B. (1994). *The Learning Economy*. *Journal of Industry Studies*, 1(2), 23–42.
- Malmi, T., and Brown, D.A. (2008). *Management Control Systems as a Package—Opportunities, Challenges and Research Directions*. *Management Accounting Research*, 19, 287-300.
- Melichar, L. (2009). The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? *Journal of Health Economics*, 28, 902-907
- Michie, S., Stralen, M.M., och West R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6:42.
- Ogundeji, Y. K., Bland, J. M., och Sheldon, T. A. (2016). The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*, 120(10), 1141–1150.
- Petersen, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C., och Sookanan, S. (2006). Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 145(4), 265–272.
- Rosenthal, M. B., och Frank, R. G. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review:MCRR*, 63(2), 135–157.
- Sarma, S., Devlin, R.A., och Hogg, W. (2010). Physician's production of primary care in Ontario, Canada *Health Economics*, 19, 14-30
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., och Young, D. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD008451. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008451.pub2>.

- Shen, J., Andersen, R., Brook, R., Kominski, G., Albert, P.S., och Wenger, N. (2004). The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios. *Medical Care*, 42(3), 297-302
- Simons, R. (1995). *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Weiner, B.J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4:67.
- Ödesjö, H., Anell, A., Gudbjörnsdóttir, S., Thorn, J., och Björck, S. (2015). Short-term effects of a pay for performance program for diabetes in a primary care setting — an observational study. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(4), 291-297.

# BILAGOR

## Bilaga 1 – Mättilfälle 1 – Enkät till chefer i psykiatrisk öppenvård

Fast eller rörlig ersättning i psykiatrisk öppenvård – vad tycker chefer i vården?

1) \* Vad har du för utbildning?

- Sjuksköterska utan specialistutbildning
- Sjuksköterska med specialistutbildning
- Läkare utan specialistutbildning
- Läkare med specialistutbildning
- Psykolog
- Annat, vänligen specificera

2) \* Inom vilket område arbetar du?

- Beroende
- Vuxenpsykiatri
- Barn och Ungdomspsykiatri (BUP)
- Ätstörningsvård

3) \* Vilken typ av chef är du?

- Enhetschef
- Sektionschef
- Verksamhetschef

4) \* Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?

- Ja
- Nej

5) \* När började du arbeta i SLL?

6) \* När började du arbeta som chef inom den psykiatriska öppenvården i SLL?

Ersättningsmodellerna inom psykiatrisk öppenvård har förändrats

Flera olika slags ersättningsmodeller har använts i psykiatrisk öppenvård (vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård, ätstörningsvård) i senaste årens avtal mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och SLSO. Gemensamt för de olika modellerna i de nuvarande avtalen är en relativt stor andel rörlig ersättning även om relationen fast/produktionsbaserad ersättning samt viktning av besökstyp/åtgärd och indikatorer för målrelaterad ersättning skiljer sig mellan olika områden och enheter. År 2019 träder nya avtal i kraft i psykiatrin i egen regi med en övervägande fast ersättning.

Frågor om din syn på ersättningsmodeller

Nu följer ett antal frågor om din syn på olika principer för att fördela ersättning till vårdgivare i psykiatrisk öppenvård. Vi ber dig att så långt det är möjligt besvara frågorna utifrån hur du ser på konsekvenser av olika sätt att fördela ersättning och så långt det är möjligt bortse från annan styrning i denna enkät.

7) Anser du att en modell med stor andel fast anslag eller en modell med stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning ger störst professionellt handlingsutrymme?

	Anslagsmodellen ger större handlingsutrymme	Prestationsbaserad ersättning ger större handlingsutrymme	Ingen nämnvärd skillnad mellan de båda principerna
För dig som chef	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
För medarbetarna som träffar patienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) I vilken utsträckning tycker du att nuvarande modell med en stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning bidrar till följande (i jämförelse med en fast anslagsmodell)?

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I viss mån	I mycket liten utsträckning	Inte alls	Vet ej
Att vård av god kvalitet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att goda behandlingsresultat premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att patientdelaktighet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risker i patientsäkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att kontinuitet i kontakten med patienter premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att uppföljning av besöksvolym premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett fokus på att hålla sig inom de ekonomiska ramarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att följa upp kösituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att medarbetare har stora frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att innovationer och nya arbetssätt premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att samverka med andra aktörer premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att ta emot patienter från andra verksamheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att hänvisa patienter till andra verksamheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrativt merarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) I vilken utsträckning tror du att en övergång till en modell med större andel fast ersättning kommer bidra till att följande effekter?

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I viss mån	I mycket liten utsträckning	Inte alls	Vet ej
Att vård av god kvalitet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att goda behandlingsresultat premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att patientdelaktighet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risker i patientsäkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att kontinuitet i kontakten med patienter premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att uppföljning av besöksvolymerna premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett fokus på att hålla sig inom de ekonomiska ramarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att följa upp kösituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att medarbetare har stora frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att innovationer och nya arbetssätt premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att samverka med andra aktörer premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att ta emot patienter från andra verksamheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att hänvisa patienter till andra verksamheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrativt merarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Anser du att en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?

- Mest som ett stöd
- Mest som ett hinder
- Varken eller

11) Ge gärna exempel på vilket sätt du anser att en prestationsbaserad rörlig ersättning utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning.

12) Anser du att en ersättningsmodell som bygger på fast anslag fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?

- Mest som ett stöd
- Mest som ett hinder



Varken eller

13) Ge gärna exempel på vilket sätt en ersättningsmodell som bygger på fast anslag utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning.

14) På det stora hela anser du att en övergång från dagens ersättningsmodell till en modell med större andel fast ersättning är välkommen?

I mycket stor utsträckning

I ganska stor utsträckning

I viss mån

I mycket liten utsträckning

Inte alls

Vet ej

15) Har du andra tankar om ersättningsmodeller som du vill dela med dig av

16) Är det tydligt för dig vad som är din enhets/sektions/verksamhets uppdrag?

Ja

Nej

17) Vänligen specificera ditt svar angående om det är tydligt för dig vad som är din enhets/sektions/verksamhets uppdrag?

18) Får du vara med och påverka din enhets/sektions/verksamhets uppdrag?

Ja

Nej

19) Vänligen specificera ditt svar om du får vara med och påverka din enhets/sektions/verksamhets uppdrag?

## Bilaga 2 – mättilfälle 2 - Enkät till chefer i psykiatrisk öppenvård

Fast eller rörlig ersättning i psykiatrisk öppenvård – vad tycker chefer i vården? Hösten 2020

Din identitet kommer att vara dold.

När dold identitet är aktiverat i enkäten, sparas inte identifierbar information såsom: webbläsarens version, IP-adress, operativsystem eller e-postadress i svaren. Detta för att skydda respondenternas identitet.

1) Vad har du för utbildning?

- Sjuksköterska utan specialistutbildning
- Sjuksköterska med specialistutbildning
- Läkare utan specialistutbildning
- Läkare med specialistutbildning
- Psykolog
- Annat, vänligen specificera

2) Inom vilket område arbetar du?

- Beroende
- Vuxenpsykiatri
- Barn och Ungdomspsykiatri (BUP)
- Ätstörningsvård

3) Vilken typ av chef är du?

- Enhetschef
- Sektionschef
- Verksamhetschef

4) Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?

- Ja
- Nej

5) När började du arbeta i SLL?

6) När började du arbeta som chef inom den psykiatriska öppenvården i SLL?

**Ersättningsmodellerna inom psykiatrisk öppenvård har förändrats**

Flera olika slags ersättningsmodeller har använts i psykiatrisk öppenvård (vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård, ätstörningsvård) i senaste årens avtal mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och SLSO. År 2019 trädde nya avtal i kraft i psykiatrin i egen regi med en övervägande fast ersättning.

**Frågor om din syn på ersättningsmodeller**

Nu följer ett antal frågor om din syn på olika principer för att fördela ersättning till vårdgivare i psykiatrisk öppenvård. Vi ber dig att så långt det är möjligt besvara frågorna utifrån hur du ser på konsekvenser av olika sätt att fördela ersättning och så långt det är möjligt bortse från annan styrning i denna enkät.

7) \* Anser du att en modell med stor andel fast anslag eller en modell med stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning ger störst professionellt handlingsutrymme?

	Anslagsmodellen ger större handlingsutrymme	Prestationsbaserad ersättning ger större handlingsutrymme	Ingen nämnvärd skillnad mellan de båda principerna
För dig som chef	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
För medarbetarna som träffar patienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) Anser du att övergången till anslagsfinansiering har påverkat hur du styr den verksamhet du är chef över?

	Mindre än tidigare	Oförändrat	Mer än tidigare	Minns ej	Annat
Jag följer upp antal vårdtillfällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer upp antal producerade DRG-poäng	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer upp att verksamheten håller sig inom de ekonomiska ramarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer upp kvalitetsindikatorer (t ex med stöd av kvalitetsregister)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medarbetarna har stora frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag påminner medarbetarna om vikten av diagnosregistrering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer upp kösituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är intresserad av att min verksamhet tar emot patienter från andra verksamheter i regionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är intresserad av att låta patienter som väntar i kön få behandling vid andra verksamheter i regionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) Eventuella kommentarer

10) I vilken utsträckning anser du att **övergången till en modell med större andel fast ersättning** år 2019 har bidragit till följande effekter?

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I viss mån	I mycket liten utsträckning	Inte alls	Vet ej
Att vård av god kvalitet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att följsamhet till nationella riktlinjer, vårdprogram och processkartor premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I viss mån	I mycket liten utsträckning	Inte alls	Vet ej
Att goda behandlingsresultat premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att patientdelaktighet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bättre patientsäkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att kontinuitet i kontakten med patienter premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att uppföljning av besöksvolym premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett fokus på att hålla sig inom de ekonomiska ramarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att följa upp kösituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att medarbetare har stora frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att innovationer och nya arbetssätt premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att samverka med andra aktörer premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att ta emot patienter från andra verksamheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att hänvisa patienter till andra verksamheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minskat administrativt merarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nu följer några frågor om ersättningsmodeller och din verksamhet som relaterar till Covid 19-pandemin.

11) Beskriv kortfattat vilka utmaningar som Covid 19-pandemin har inneburit för medarbetare och patienter i din verksamhet.

**12) Givet utmaningar förknippade Covid 19-pandemin**, i vilken utsträckning anser du att det finns skillnader mellan den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning och den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning i följande aspekter?

	Den nuvarande ersättningsmodellen ger mycket bättre förutsättningar	Den nuvarande ersättningsmodellen ger något bättre förutsättningar	Jag upplever inte att det är någon skillnad i förutsättningar mellan ersättningsmodellerna	Den nuvarande ersättningsmodellen ger något sämre förutsättningar	Den nuvarande ersättningsmodellen ger mycket sämre förutsättningar
Att upprätthålla god kontinuitet i vården	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Den nuvarande ersättningsmodellen ger mycket bättre förutsättningar	Den nuvarande ersättningsmodellen ger något bättre förutsättningar	Jag upplever inte att det är någon skillnad i förutsättningar mellan ersättningsmodellerna	Den nuvarande ersättningsmodellen ger något sämre förutsättningar	Den nuvarande ersättningsmodellen ger mycket sämre förutsättningar
Att upprätthålla god tillgänglighet gentemot patienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att upprätthålla god patientsäkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att upprätthålla god kvalitet i vården	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att införa nya arbetssätt för att anpassa verksamheten till de nya utmaningarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att bibehålla en effektiv användning av resurser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) På det hela taget, har den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning inneburit några skillnader i förutsättningar att bedriva en patientsäker, kontinuerlig, tillgänglig och effektiv psykiatrisk vård **givet utmaningar förknippade Covid 19-pandemin** (i jämförelse med den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning).

- Den nuvarande ersättningsmodellen ger mycket bättre förutsättningar
- Den nuvarande ersättningsmodellen ger något bättre förutsättningar
- Jag upplever inte att det är någon skillnad i förutsättningar mellan ersättningsmodellerna
- Den nuvarande ersättningsmodellen ger något sämre förutsättningar
- Den nuvarande ersättningsmodellen ger mycket sämre förutsättningar

14) Ge gärna exempel på vilket sätt den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning har inneburit förändrade förutsättningar att bedriva en patientsäker, kontinuerlig, tillgänglig och effektiv psykiatrisk vård **givet utmaningar förknippade med Covid 19-pandemin** (i jämförelse med den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning).

15) Anser du att en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?

- Mest som ett stöd
- Mest som ett hinder
- Varken eller

16) Ge gärna exempel på vilket sätt du anser att en prestationsbaserad rörlig ersättning utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning.

17) Anser du att en ersättningsmodell som bygger på fast anslag fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?

- Mest som ett stöd
- Mest som ett hinder
- Varken eller

18) Ge gärna exempel på vilket sätt en ersättningsmodell som bygger på fast anslag utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning.

19) På det stora hela anser du att övergången från den tidigare modellen med mer rörlig ersättning till dagens ersättningsmodell med större andel fast ersättning varit välkommen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I viss mån
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls
- Vet ej

20) Har du andra tankar om ersättningsmodeller som du vill dela med dig av?

## Bilaga 3 – mättilfälle 3 - Enkät till chefer i psykiatrisk öppenvård

Fast eller rörlig ersättning i psykiatrisk öppenvård – vad tycker chefer i vården? Januari 2022

1) Vad har du för utbildning?

- Sjuksköterska utan specialistutbildning
- Sjuksköterska med specialistutbildning
- Läkare utan specialistutbildning
- Läkare med specialistutbildning
- Psykolog
- Annat, vänligen specificera

2) Inom vilket område arbetar du?

- Beroende
- Vuxenpsykiatri
- Barn och Ungdomspsykiatri (BUP)
- Ätstörningsvård

3) Vilken typ av chef är du?

- Enhetschef
- Sektionschef
- Verksamhetschef

4) Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?

- Ja
- Nej

5) När började du arbeta i SLL?

6) När började du arbeta som chef inom den psykiatriska öppenvården i SLL?

### **Ersättningsmodellerna inom psykiatrisk öppenvård har förändrats**

Flera olika slags ersättningsmodeller har använts i psykiatrisk öppenvård (vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård, ätstörningsvård) i senaste årens avtal mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och SLSO. År 2019 trädde nya avtal i kraft i psykiatrin i egen regi med en övervägande fast ersättning.

### **Frågor om din syn på ersättningsmodeller och din ledning och styrning**

Nu följer ett antal frågor om din ledning och styrning samt din syn på olika principer för att fördela ersättning till vårdgivare i psykiatrisk öppenvård, kopplat till förändringen som skedde år 2019. Vi ber dig att så långt det är möjligt besvara frågorna utifrån hur du ser på konsekvenser av olika sätt att fördela ersättning och så långt det är möjligt bortse från annan styrning i denna enkät.

7) Anser du att en modell med stor andel fast anslag eller en modell med stor andel rörlig prestationsbaserad ersättning ger störst professionellt handlingsutrymme?

	Anslagsmodellen ger större handlingsutrymme	Prestationsbaserad ersättning ger större handlingsutrymme	Ingen nämnvärd skillnad mellan de båda principerna	Vet ej
För dig som chef	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
För medarbetarna som träffar patienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

8) När det gäller hur du styr och leder den verksamhet som du är chef över är det viktigt att...

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I viss mån	I mycket liten utsträckning	Inte alls	Vet ej
Planera och sätta upp mål för verksamheten i enlighet med gällande riktlinjer och/eller avtal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ha rutiner för att identifiera avvikelser från uppsatta mål, riktlinjer och/eller avtal och sätta upp handlingsplaner vid behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Säkerställa att verksamheten håller sig inom de ekonomiska ramarna och producerar tillräckliga volymer av vård						
Att trygga professionella normer och kvalitet i patientarbetet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Påminna medarbetarna om vikten av diagnosregistrering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ge medarbetarna frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete utifrån professionella drivkrafter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Att koordinera, planera och diskutera arbetet i verksamheten tillsammans med medarbetare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Att underlätta kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Att utveckla och implementera nya rutiner och arbetssätt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Att motivera och stödja medarbetare i deras arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



I mycket stor utsträckning    I ganska stor utsträckning    I viss mån    I mycket liten utsträckning    Inte alls    Vet ej

9) Anser du att övergången till en modell med större andel fast ersättning har påverkat hur du styr och leder den verksamhet du är chef över?

	Mindre än tidigare	Oförändrat	Mer än tidigare	Minns ej	Vet ej
Jag planerar och följer upp följsamhet till mål för verksamheten i enlighet med gällande riktlinjer och/eller avtal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer upp antal vårdtillfällen och kösituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer upp att verksamheten håller sig inom de ekonomiska ramarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag arbetar med att trygga professionella normer och kvalitet i patientarbetet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag påminner medarbetarna om vikten av diagnosregistrering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag ger medarbetarna frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete utifrån professionella drivkrafter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag koordinerar, planerar och diskuterar arbetet i verksamheten tillsammans med medarbetare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag uppmuntrar kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag uppmuntrar utveckling och implementering av nya rutiner och arbetssätt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag motiverar och stödjer medarbetare i deras arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Eventuella kommentarer om din styrning och ledning samt kopplat till övergången till en modell med större andel fast ersättning.

11) I vilken utsträckning anser du att **övergången till en modell med större andel fast ersättning** år 2019 har bidragit till följande effekter?

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I viss mån	I mycket liten utsträckning	Inte alls	Vet ej
Att vård av god kvalitet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att följsamhet till nationella riktlinjer, vårdprogram och processkartor premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att goda behandlingsresultat premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att patientdelaktighet premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att kontinuitet i kontakten med patienter premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att uppföljning av besöksvolymerna premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett fokus på att hålla sig inom de ekonomiska ramarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ett intresse av att följa upp kösituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att medarbetare har stora frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att innovationer och nya arbetssätt premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Att samverkan med andra aktörer premieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minskat administrativt merarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) Anser du att en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?

- Mest som ett stöd
- Mest som ett hinder
- Varken eller
- Vet ej

13) Ge gärna exempel på vilket sätt du anser att en prestationsbaserad rörlig ersättning utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning.

14) Anser du att en ersättningsmodell som bygger på fast anslag fungerar mest som ett stöd eller mest som ett hinder i din styrning?

- Mest som ett stöd
- Mest som ett hinder
- Varken eller
- Vet ej

15) Ge gärna exempel på vilket sätt en ersättningsmodell som bygger på fast anslag utgör ett stöd eller ett hinder i din styrning.

16) På det stora hela anser du att övergången från den tidigare modellen med mer rörlig ersättning till dagens ersättningsmodell med större andel fast ersättning varit välkommen?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I viss mån
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls
- Vet ej

Ny avtalsperiod i januari 2023

År 2023 träder nya avtal mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och SLSO i kraft för psykiatri i egen regi. Nu följer frågor om din uppfattning om vilka förändringar som behövs och varför inför att de nya avtalen, som gäller från januari 2023, ska tecknas.

17) Vilka förändringar i de nya avtalen jämfört med nuvarande avtal skulle du önska? Vänligen lista önskade förändringar. Börja med de som du tycker är viktigast.

18) Vilka delar i nuvarande avtal, inklusive ersättningsprincip, är viktigast att behålla helt oförändrade? Vänligen lista delar som du tycker bör bibehållas helt. Börja med de som du tycker är viktigast.

19) Jag tycker inte att någon del av avtalen bör förändras/tycker att nuvarande avtal är bra som de är.

- Instämmer i mycket stor utsträckning
- Instämmer i ganska stor utsträckning
- Instämmer i viss mån
- Instämmer i mycket liten utsträckning
- Instämmer inte alls
- Vet ej

20) Övriga synpunkter inför att nya avtal ska tas fram?

## Bilaga 4 – Måttillfälle 1 - Intervjuguide, chefer i psykiatrisk öppenvård

### Bakgrundsfrågor

- Vad har du för utbildning? (ssk, läkare, psykolog, annat)
- Inom vilket område arbetar du? (Beroende, Vuxenpsykiatri, Barn och Ungdomspsykiatri, Åtstörningsvård)
- Vilken typ av chef är du? (Enhetschef, Verksamhetschef, Sektionschef)
- Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?
- När började du arbeta i SLL?
- När började du arbeta som chef inom den psykiatriska öppenvården i SLL?

### Frågor om din syn på ersättningsmodeller, din verksamhets uppdrag och styrning och ledning

- Har du några övergripande tankar om ersättningsmodeller som du vill dela med dig av? Hur funderar den ekonomisk styrningen jämfört med annan styrning/rollen i styrmodellen som helhet?
- Vilken är din syn på den kommande övergången från dagens ersättningsmodell till en modell med större andel fast ersättning? Varför byts modellen? Hur går övergången till?
- Problem och förtjänster med rådande modell som bygger på stor andel rörlig ersättning? Om missnöje – nivån på ersättning, sättet de fördelas på, sättet de följs upp på?
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller din styrning. Fungerar någon av modellerna bättre som stöd eller mer som ett hinder? Ge exempel.
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller **professionellt handlingsutrymme** för dig som chef och/eller för medarbetarna som träffar patienter? Ge exempel!
  
- Är det tydligt för dig vad som är din enhets/sektions/verksamhets uppdrag? Hänger detta samman med det sätt som resurser fördelas? Exempel?
- Får du vara med och påverka din enhets/sektions/verksamhets uppdrag? Hänger detta samman med det sätt som resurser fördelas? Exempel?
  
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller olika aspekter av hur vården organiseras, styrs och bedrivs?
  - Skillnad för patienter?
  - Skillnad för medarbetare närmast patienterna?
  - Skillnad för chefer på olika nivåer?
  
- Hur skulle den ideala ersättningsmodellen i din verksamhet se ut?
- Hur skulle den ideala styrmodellen se ut? Uppföljning, återkoppling, etc.

## Bilaga 5 – Måttillfälle 2 - Intervjuguide, chefer i psykiatrisk öppenvård

### Bakgrundsfrågor

- Vad har du för utbildning? (ssk, läkare, psykolog, annat)
- Inom vilket område arbetar du? (Beroende, Vuxenpsykiatri, Barn och Ungdomspsykiatri, Åtstörningsvård)
- Vilken typ av chef är du? (Enhetschef, Områdeschef)
- Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?
- När började du arbeta i SLL?
- När började du arbeta som chef inom den psykiatriska öppenvården i SLL?

### Frågor om din syn på ersättningsmodeller och bytet av modell

- Har du några övergripande tankar om ersättningsmodeller som du vill dela med dig av? Hur funderar den ekonomisk styrningen jämfört med annan styrning/rollen i styrmodellen som helhet?
- Vilken är din syn på övergången från den tidigare ersättningsmodellen till den nuvarande med större andel fast ersättning? Var det rätt att byta? Sådär i efterhand, hur gick övergången till?
- Problem och förtjänster med rådande modell som bygger på stor andel fast ersättning? Om missnöje – nivån på ersättning, sättet de fördelas på, sättet de följs upp på?
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller din styrning. Fungerar någon av modellerna bättre som stöd eller mer som ett hinder?
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller **professionellt handlingsutrymme** för dig som chef och/eller för medarbetarna som träffar patienter? Ge exempel!
  
- Är det tydligt för dig vad som är din enhets/sektions/verksamhets uppdrag? Hänger detta samman med det sätt som resurser fördelas? Exempel!
  
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller olika aspekter av **hur vården organiseras och bedrivs**?
  - Skillnad för patienter? (Vårdens målsättningar – att god kvalitet premieras, behandlingsresultat, patientsäkerhet och delaktighet, kontinuitet, tillgänglighet)
  - Skillnad för medarbetare närmast patienterna? (Dagliga arbetet – underlättas följande? Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram, patientdelaktighet och säkerhet, kontinuitet.)
  - Några konsekvenser för följande? Uppföljning, administrativt merarbete, noggrannhet vid diagnosregistreringar, ta emot/hänvisa patienter till andra, utrymme för innovationer, handlingsutrymme, samverkan)
  
- Beskriv kortfattat vilka utmaningar som Covid 19-pandemin har inneburit för medarbetare och patienter i din verksamhet.
  
- **Givet utmaningar förknippade Covid 19-pandemin, i vilken utsträckning anser du att det finns skillnader mellan den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning och den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning i följande aspekter?**
- Att upprätthålla god kontinuitet i vården

- Att upprätthålla god tillgänglighet gentemot patienter
  - Att upprätthålla god patientsäkerhet
  - Att upprätthålla god kvalitet i vården
  - Att införa nya arbetssätt för att anpassa verksamheten till de nya utmaningarna
  - Att bibehålla en effektiv användning av resurser
- 
- På det hela taget, har den nuvarande ersättningsmodellen med stor andel fast ersättning inneburit några skillnader i förutsättningar att bedriva en patientsäker, kontinuerlig, tillgänglig och effektiv psykiatrisk vård **givet utmaningar förknippade Covid 19-pandemin** (i jämförelse med den tidigare ersättningsmodellen med stor andel prestationsbaserad rörlig ersättning). Ge exempel!
- 
- Hur skulle den ideala ersättningsmodellen i din verksamhet se ut?
- 
- Hur skulle den ideala styrmodellen se ut? Uppföljning, återkoppling, etc

## Bilaga 6 – Måttillfälle 3 - Intervjuguide, chefer i psykiatrisk öppenvård

### Bakgrundsfrågor

- Vad har du för utbildning? (ssk, läkare, psykolog, annat)
- Inom vilket område arbetar du? (Beroende, Vuxenpsykiatri, Barn och Ungdomspsykiatri, Åtstörningsvård)
- Vilken typ av chef är du? (Enhetschef, Områdeschef)
- Har du som chef erfarenhet av flera olika slags ersättningsmodeller i öppenvård?
- När började du arbeta i SLL?
- När började du arbeta som chef inom den psykiatriska öppenvården i SLL?

### Frågor om din syn på ersättningsmodeller och bytet av modell

- Har du några övergripande tankar om ersättningsmodeller som du vill dela med dig av? Hur funderar den ekonomisk styrningen jämfört med annan styrning/rollen i styrmodellen som helhet?
- Vilken är din syn på övergången från den tidigare ersättningsmodellen till den nuvarande med större andel fast ersättning? Var det rätt att byta? Vad har hänt över tid?
- Problem och förtjänster med rådande modell som bygger på stor andel fast ersättning? Om missnöje – nivån på ersättning, sättet de fördelas på, sättet de följs upp på?
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller din styrning. Fungerar någon av modellerna bättre som stöd eller mer som ett hinder?
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller **professionellt handlingsutrymme** för dig som chef och/eller för medarbetarna som träffar patienter? Ge exempel!
- Om du jämför en prestationsbaserad rörlig ersättningsmodell med en modell som till stor del bygger på fast anslag – tycker du/anser du att det är någon skillnad mellan modellerna vad gäller olika aspekter av **hur vården organiseras och bedrivs**?
  - Skillnad för patienter? (Vårdens målsättningar – att god kvalitet premieras, behandlingsresultat, patientsäkerhet och delaktighet, kontinuitet, tillgänglighet)
  - Skillnad för medarbetare närmast patienterna? (Dagliga arbetet – underlättas följande? Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram, patientdelaktighet och säkerhet, kontinuitet.)
  - Några konsekvenser för följande? Uppföljning, administrativt merarbete, noggrannhet vid diagnosregistreringar, ta emot/hänvisa patienter till andra, utrymme för innovationer, handlingsutrymme, samverkan.
- Har förändringen inneburit några skillnader vad gäller förutsättningar för att arbeta med Innovationer och bedriva förbättrings- och förändringsarbete? Vilka förändringar har införts och varför? På vilket sätt – om alls – har den nya modellen möjliggjort förändringar? Finns det kopplingar till motivation och/eller kunskap?
- Hur skulle den ideala ersättningsmodellen i din verksamhet se ut?
- Hur skulle den ideala styrmodellen se ut? Uppföljning, återkoppling, etc

KEFU SKRIFTSERIE 75  
ISSN 1102-8483  
ISRN KEFU-SKR-75-SE

KEFU  
BOX 7080  
220 01 LUND  
Tel: 046-22 78 20  
Fax: 046-222 42 16