



# LUND UNIVERSITY

Den interna styrningen vid vårdcentraler i Sverige och Finland – en jämförelse mellan Malmö och Esbo, Tammerfors och Jyväskylä

Häger Glenngård, Anna; Malmi, Teemu; Tyni, Joonas

2020

*Document Version:*  
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*  
Häger Glenngård, A., Malmi, T., & Tyni, J. (2020). *Den interna styrningen vid vårdcentraler i Sverige och Finland – en jämförelse mellan Malmö och Esbo, Tammerfors och Jyväskylä*. (KEFU skriftserie; Nr. 2020:5). KEFU.

*Total number of authors:*  
3

## 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

Teemu Malmi

Joona Tyni

**DEN INTERNA STYRNINGEN VID VÅRDCENTRALER I SVERIGE  
OCH FINLAND – EN JÄMFÖRELSE MELLAN MALMÖ OCH  
ESBO, TAMMERFORS OCH JYVÄSKYLÄ**

SKRIFTSERIE 2020:5



EKONOMIHÖGSKOLAN VID LUNDS UNIVERSITET

## FÖRORD

Det kan vara mer eller mindre svårt att leda och styra en verksamhet. Oftast är det de rådande förutsättningarna för styrning som både påverkar ambitioner och möjligheter att styra. I denna rapport diskuteras just förutsättningar för styrning och ledning. Intresset är inriktat mot primärvård och hur verksamhetschefer vid vårdcentraler upplever sina styrförutsättningar. Jämförelser görs både mellan privat och offentlig primärvård men också på systemnivå, där förutsättningar för primärvårdens ledning och styrning jämförs mellan två länders hälso- och sjukvårdssystem; Sverige och Finland.

En central utgångspunkt för jämförelsen är att de två ländernas system för primärvård, som tidigare var ganska lika varandra, på senare år blivit allt mer olika, inte minst på grund av den svenska vårdvalsreformen. I jämförelsen framkommer att sätten att organisera spelar roll i detta styrsammanhang, men kanske inte alltid så stor roll som man tror. Även om primärvården i Finland har kommunen som huvudman upplever till exempel de finländska verksamhetscheferna gränssnittet till den kommunala omsorgsverksamheten som otydligt. I den svenska debatten brukar gränsdragningsproblematiken huvudsakligen ses utifrån att det är två olika huvudmän som delar på ansvaret för de sköra äldre. De finländska cheferna upplevde vidare att det var en mer direkt styrning av den operativa verksamheten och mindre användning av riktlinjer, jämfört med sina svenska kollegor.

Att sätta sin egen verksamhet och dess styrförutsättningar under lupp genom olika former av jämförelser ger perspektiv. Det kan handla om att bättre förstå det styrsammanhang man själv är en del av, men också ge perspektiv till utveckling och förnyelse av det samma. Förhoppningsvis kan rapportens jämförande ansats ge ansvariga, men också andra intresserade av primärvårdens styrning och ledning, nya perspektiv och uppslag för att fortsätta utveckla verksamhetens kvalitet.

Projektet har finansierats av KEFU. Rapportens innehåll och struktur har diskuterats tillsammans med författaren inom ramen för skriftseriens redaktionella stöd innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författaren själv för de värderingar som görs i rapporten.

*Lund i december  
Ulf Ramberg  
KEFU*

<b>FÖRORD</b> .....	<b>I</b>
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>III</b>
<b>KAPITEL 1 INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 RAPPORTENS SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 RAPPORTENS DISPOSITION</b> .....	<b>5</b>
<b>KAPITEL 2 TEORETISKT RAMVERK</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 VERKTYG FÖR STYRNING OCH LEDNING</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 ANVÄNDNING AV VERKTYG FÖR STYRNING OCH LEDNING I OFFENTLIG VERKSAMHET</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 MÖJLIGGÖRANDE OCH BEGRÄNSANDE STYRNING</b> .....	<b>10</b>
<b>KAPITEL 3 METOD OCH EMPIRI</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 STUDIENS KONTEXT</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2. EMPIRISKT MATERIAL OCH ANALYS</b> .....	<b>15</b>
<b>KAPITEL 4 RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1. ÖVERSIKTLIG ANALYS AV SKILLNADER MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA VÅRDCENTRALER</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2. RESULTAT FRÅN INTERVJUER</b> .....	<b>22</b>
<b>KAPITEL 5 ANALYS &amp; DISKUSSION</b> .....	<b>40</b>
<b>5.1 ANALYS OCH DISKUSSION AV EMPIRISKA RESULTAT</b> .....	<b>40</b>
<b>5.2 AVSLUTANDE REFLEKTIONER</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>50</b>
<b>BILAGA 1 – INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>53</b>
<b>BILAGA 2 – PRESTATIONSMÅTT I REGION SKÅNE</b> .....	<b>56</b>

## SAMMANFATTNING

Denna rapport ämnar skapa en ökad förståelse för hur styrning och ledning i primärvården går till ur ett verksamhetsperspektiv. Vi undersöker och jämför svenska och finska verksamhetschefer syn på sin styrning baserat på intervjuer med ett urval verksamhetschefer i Malmö-området och tre finska städer (Esbo, Tammerfors och Jyväskylä). Syftet är att studera hur intern styrning och ledning bland vårdcentraler i Sverige och Finland går till och vilka skillnader som finns med hänsyn till sätt att organisera primärvård och ägandeform.

Både Sverige och Finland har skattebaserade sjukvårdssystem och primärvårdens kostnader som en andel av totala kostnader för hälso- och sjukvård utgör omkring en femtedel i båda länderna. I Finland ansvarar de 317 kommunerna för hälso- och sjukvården medan det ansvaret vilar på 21 regioner i Sverige. Svensk primärvård har genomgått stora förändringar de senaste 10 åren. De förändringar som har genomförts under det senaste decenniet har inneburit att organisationen av svensk primärvård nu kännetecknas av en ”professional model”, som bygger på att vårdcentraler ansvarar för behovet av primärvård hos individer som aktivt listar sig där. I Finland kan primärvårdens organisering beskrivas som en ”community model”, där vårdcentraler ansvarar för behovet av primärvård i befolkningen baserat på geografiskt upptagningsområde. Dock är ett team-baserat arbetssätt med fler kompetenser än läkare och sjuksköterskor en bärande idé i såväl svensk som finsk primärvård. Andelen privata vårdcentraler är omkring 40% i Sverige och 10% i Finland.

Resultaten visar att det finns såväl skillnader som likheter i primärvårdens funktion och verksamhetschefer syn på sin styrning med hänsyn till sätt att organisera primärvård i de båda länderna och med hänsyn till om vårdcentraler drivs i privat eller offentlig regi.

- Privata vårdcentraler är mindre än offentliga i både Finland och Sverige. I Sverige är dock skillnaden mindre och har minskat över tid sedan vårdvalets införande.
- I Finland är verksamhetschefer företrädesvis läkare medan de i Sverige oftast är sjuksköterskor. Detta kan hänga samman med att det finns fler läkare i primärvården i Finland än Sverige sett till befolkningsstorlek. I Sverige har privata vårdcentraler bättre läkarbemanning än offentliga en större andel av verksamhetscheferna är läkare och såväl kontinuitet som andelen läkarbesök är högre bland privata vårdcentraler. Tvärtom i Sverige är andelen läkarbesök något högre bland offentliga än privata vårdcentraler i det finska urvalet.

- Det är större skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler i Finland jämfört med i Sverige, både vad gäller styrning och ledning och vårdcentralernas prestationer. Till exempel är mål och mått för verksamheten kända och medvetenhet om budgetrestriktioner lika stor bland privata som offentliga vårdcentraler i Sverige medan denna kunskap och medvetenhet är större hos privata vårdcentraler i Finland. Förekomst av prestationsmätning, inklusive benchmarking, används i hög utsträckning bland både privata och offentliga vårdcentraler i Sverige. I Finland är det främst privata vårdcentraler som använder detta. Resultatet är inte förvånande och hänger rimligtvis samman med skillnader i sätt att organisera primärvård i de båda länderna. Valfrihetssystemet i Sverige ger samma villkor för privata och offentliga där till exempel resurser till respektive vårdcentral fördelas och uppföljning sker på samma sätt oavsett driftsform. En mix av vård i egen regi (förvaltning) och upphandlad privat vård ger olika förutsättningar för privata och offentliga vårdgivare i Finland.
- Vad gäller tydlighet i uppdrag uppfattas detta på ett likartat sätt bland verksamhetschefer i finsk och svensk primärvård: Uppdraget uppfattas som tydligt men gränssnitt gentemot annan vård som otydligt i båda fallen. Att gränssnittet gentemot kommunala omsorgsinsatser upplevs som otydligt i båda fallen är en intressant observation mot bakgrund av att det är samma huvudman som ansvarar för både primärvård och omsorg i Finland medan det i Sverige är regionerna som ansvarar för primärvård och kommunerna för omsorg. Detta resultat kan hänga samman med att primärvårdens roll ofta definieras i termer av sin plats i hälso- och sjukvårdssystemet snarare än en definition av dess uppgifter.
- Den interna styrningen och ledningen är starkt påverkad av externa krav från beställare och ägare/förvaltning samt nationella behandlingsriktlinjer i både Finland och Sverige. Externa krav verkar dock upplevas som mindre tvingande bland svenska verksamhetschefer jämfört med finska. Den enskilda vårdcentralen tycks mer involverad i utformning av mål för verksamheten i Sverige jämfört med Finland. Svenska chefer tycks också fokusera mer på delaktighet och att beslut ska fattas tillsammans med personal som jobbar med patienter. Sammantaget gav intervjuerna med verksamhetscheferna ett intryck av att primärvården är mer toppstyrd i Finland än i Sverige.
- Prestationsmätning och -uppföljning används i stor utsträckning i båda länderna. Användningen av data hänger samman med tillgång och möjlighet till stöd för att tolka den i båda länderna. Tillgången till data och stöd i att använda den i den interna styrningen verkar variera för olika vårdcentraler i relation till ägandeform. Bäst tillgång till data och stöd i att använda denna uttryckte verksamhetschefer för privata som tillhör en grupp i både Finland och Sverige. Gemensamt för privata vårdcentraler i grupp och offentliga vårdcentraler i Sverige var att verksamhetscheferna använder data i benchmarking för att utjämna skillnader i prestationer mellan vårdcentraler. Verksamhetschefer för privata enskilda vårdcentraler – där en mellannivå i organisationsstrukturen saknas - verkar ha sämst tillgång till bra data och sämst möjlighet att använda data i sin styrning. I Finland tycks inte benchmarking vara vanligt förekommande bland offentliga vårdcentraler men däremot bland privata i grupp.

- En skillnad mellan privata och offentliga vårdcentraler som gäller i båda kontexterna är att flexibiliteten att införa förändringar och innovationer/nya arbetssätt upplevs som större bland privata än offentliga vårdcentraler.

Studiens resultat bekräftar svårigheten att jämföra primärvårdens prestationer mellan länder eftersom begreppet och definitioner skiljer sig åt. Övergripande målsättningar må vara desamma men måluppfyllelse definieras och beräknas på olika sätt i olika kontexter. Vissa utmaningar i primärvården tycks dock vara gemensamma oavsett driftsform och sätt att organisera vården. Om problem är likartade i olika kontexter kanske även lösningar på problem kan överföras mellan kontexter? Det är en anledning att fortsätta jämföra erfarenheter från primärvård i olika länder, trots svårigheter att jämföra prestationer.

# Kapitel 1

## INTRODUKTION

### 1.1 BAKGRUND

En stark primärvård lyfts ofta fram viktigt för en välfungerande hälso- och sjukvård, inte minst mot bakgrund av de behov och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför i många länder med en åldrande befolkning och snabb medicinsk-teknisk utveckling (Saltman m fl 2006; Starfield m fl 2005; Vårdanalys 2020). Starfield (2005) lyfter fram sex faktorer som i sig själva eller i kombination med varandra gör att en stark primärvård lönar sig; bättre tillgång till vård, i synnerhet för socialt utsatta grupper; bättre vårdkvalitet; mer fokus på förebyggande insatser; tidig intervention och hantering av hälsoproblem; bättre patientfokus; och att primärvården utgör ett filter som motverkar överbehandling inom specialistvården. Primärvårdens uppdrag definieras ofta i termer av plats i hälso- och sjukvårdssystemet snarare än i termer av vad som ska utföras: primärvården ska svara för befolkningens behov av sådan hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens eller specialistvårdens resurser och kompetens. Verksamheten ska vara patientcentrerad snarare än sjukdomscentrerad (Starfield 2005). Lamarche m fl (2003) menar dock att en god primärvård uppfylla alla de målsättningar som välfärdstjänster generellt är föremål för samt några som är specifika för just primärvård. Dessa är effektivitet, produktivitet (inklusive kostnadskontroll), kontinuitet, tillgänglighet, rättvis tillgång till vård, lyhörddhet gentemot patienters behov och önskemål samt kvalitet. Även om målsättningarna är likartade skiljer sig sättet som primärvården organiseras och styrs i olika länder.

I en kanadensisk studie från år 2003 definieras fyra empiriskt grundade primärvårdsmodeller som beskriver hur primärvården organiseras i olika länder (Lamarche m fl 2003; Anell 2005; se tabell 1). Sverige och Finland lyfts fram som exempel på ”community models” där vårdcentraler har ansvar för behovet av primärvård i befolkningen inom ett visst geografiskt område och där vården bedrivs team-baserat av medarbetare med olika kompetenser. I kontrast till



”community models” innebär ”professional models” att vårdcentraler ansvarar för behovet av primärvård bland individer som aktivt väljer att uppsöka och/eller lista sig där.

**Tabell 1.** Fyra modeller för att organisera primärvård

	Professional models		Community models	
Vision	“designed to deliver medical services to patients who seek these services or to people who choose to register to obtain these services (subscribers)”		“designed to improve the health of populations living in a given geographic area and to promote development of the communities served; mission to meet healthcare needs of a population”	
	‘Professional contact model’	‘Professional co-ordination model’	“Integrated community model’	‘Non-integrated community model’
Egenskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Läkare ensamma eller i grupp; begränsat samarbete med andra professioner.</li> <li>- Besöksersättning till läkare baserad på taxa.</li> <li>- Begränsat informationsutbyte med annan verksamhet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Läkare ensamma eller i grupp; samarbete med främst sjuksköterskor.</li> <li>- Ersättning genom fast belopp per listad individ i kombination med ersättning per besök.</li> <li>- Utbyte av klinisk information med andra vårdgivare.</li> <li>- Kontakter med andra vårdgivare för att upprätthålla integration av service; uppföljning av patienter via sjuksköterska eller läkare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bredd grupp av professionella som svarar mot diagnostik, behandling, palliativ vård, rehabilitering, hemsjukvård etc.</li> <li>- Fast ersättning baserat på befolkningskaraktäristika.</li> <li>- Brett utbyte av klinisk och annan information med andra vårdgivare som tjänar samma befolkning.</li> <li>- Vårdteam ansvarar för kontinuitet gentemot patienter.</li> <li>- Tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar.</li> </ul>	Som för ”integrated community model” men: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen särskild informationsteknologi för integrering av service.</li> <li>- Inte tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar.</li> <li>- Inga formella mekanismer som garanterar kontinuitet gentemot enskilda individer.</li> </ul>
Exempel	USA, Kanada, Belgien, Tyskland	England, Danmark, Holland, Norge	Sverige, Finland	

**Källa: Lamarche m fl (2003); Anell (2005).**

Svensk primärvård har varit föremål för stora förändringar de senaste 10 åren. Förändringar i organisering av primärvården har skett mot bakgrund av upplevda problem med kontinuitet, tillgänglighet och lyhördhet gentemot individuella behov och önskemål. Dessa problem brukar lyftas fram i ”community models” (Lamarche m fl 2003; Anell 2005). Vårdgivare i primärvården har idag en delikat uppgift att tillgodose önskemål och målsättningar från många aktörer. Enskilda patienter kan, sedan vårdvalsreformen år 2007–2010, välja en annan vårdcentral och ta med sig ersättningen ifall de inte känner att de får sina behov och önskemål tillgodosedda hos sin nuvarande (Glenngård 2016). Dessa individuella behov och önskemål ska i sin tur balanseras mot regionernas och statens externa styrning som många gånger syftar till ökad standardisering i vården samt att hushålla med knappa resurser på ett sätt som är effektivt ur ett befolkningsperspektiv (Fredriksson m fl 2014; Glenngård och Anell 2018).

Vidare ställs det allt högre krav på vårdgivare i primärvården att samverka och samarbeta med andra vårdgivare samt socialtjänst (se t.ex Lag 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård).

De förändringar som har genomförts under det senaste decenniet har inneburit att organisationen av svensk primärvård nu kännetecknas mer av en ”professional (co-ordination) model” snarare än en ”(integrated) community model”. Dock är ett team-baserat arbetssätt med fler kompetenser än läkare och sjuksköterskor fortsatt en bärande idé i svensk primärvård. I Finland kännetecknas alltså primärvårdens organisering av de egenskaper som tillskrivs en ”community model” även om det sedan länge har förts diskussioner om att utveckla primärvården i en riktning likt den i Sverige. I denna rapport undersöker vi hur styrning och ledning bland vårdcentraler i Sverige och Finland går till och vilka skillnader som finns med hänsyn till sätt att organisera primärvård och ägandeform.

Ganska mycket är känt om hur den externa styrningen av vårdgivare i svensk primärvård går till efter införandet av vårdvalsreformen sett ur huvudmännens (regionernas) perspektiv. I Sverige är det de 21 regionerna som ansvarar för att organisera och finansiera hälso- och sjukvård. Omkring 40 procent av vårdcentralerna drivs i privat regi. En nyligen genomförd studie visar att det finns vissa skillnader mellan de styrmodeller som används i de 21 regionerna även om dessa har närmast jämfört med precis efter vårdvalets införande (Glenngård 2019). Styrmodeller i svensk primärvård sett ur ett huvudmannaperspektiv kan betraktas som ett paket med många delar (i linje med Malmi och Browns (2008) syn på styrning som ett ”Management Control Package”) och som en kontinuerlig process (i linje med Smith m fl (2012) definition av styrning i hälso- och sjukvård som att sätta mål, följa upp dessa och sedan utkräva ansvar från vårdgivare för hur väl de lever upp till satta mål). Förfrågningsunderlaget, det vill säga det dokument som anger vilka villkor som gäller får att privata och offentliga vårdcentraler ska få bedriva primärvård och erhålla finansiering från respektive region, är ett centralt objekt. Olika former av dialog och prestationsmätning för att följa upp hur väl vårdgivare lever upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlagen samt som grund för att utveckla primärvården är också centrala delar. Vidare ses ersättningsystemen som ett viktigt verktyg för att styra vårdgivare. Olika kombinationer av fast ersättning per listad (kapitering), rörlig ersättning för besök och målrelaterad ersättning

kopplat till olika kvalitets- och processindikatorer tillämpas. I Finland är det de 317 kommunerna som ansvarar för att organisera och finansiera primärvården. Vad gäller den specialiserade sjukvården samarbetar kommunerna i 20 sjukvårdsdistrikt. Varje sjukvårdsdistrikt har ett centralsjukhus och andra mindre sjukhus. Det vanligaste är att varje enskild kommun själv ansvarar för driften av vårdcentraler men i några fall har flera kommuner etablerat en organisation för att samarbeta vad gäller driften av vårdcentraler. Några av de större kommunerna har valt att handla upp hela eller delar av primärvården från privata aktörer. Omkring 25 av de 317 kommunerna har valt att upphandla all primärvård privat. Vårdcentraler i egen regi finansieras genom fast anslag baserat på befolkningen i respektive geografiskt upptagningsområde. Privata vårdcentraler finansieras också genom fast anslag baserat på befolkningen i respektive upptagningsområde samt vissa volymkrav för besök, vilka följs upp av kommunerna löpande (se tabell 1, avsnitt tre för en närmare jämförelse mellan svensk och finsk primärvård).

Ganska mycket är också känt om skillnader i vårdcentralers prestationer i Sverige och andra länder. Svenska studier pekar på att det finns en variation vad gäller patientnöjdhet, medicinsk kvalitet, följsamhet till riktlinjer, tillgänglighet och produktivitet mellan vårdcentraler (Glenngård 2013a; 2013b; Glenngård och Anell 2017; Janlöv och Rehnberg 2011; Kandelake m fl 2016). Sådana studier, som är baserade på kvantitativa analyser av registerdata, visar också att vårdgivare som utmärker sig genom att prestera dåligt vad gäller en aspekt ofta presterar dåligt även avseende andra aspekter. Samtidigt utgör andra vårdgivare goda exempel i termer av att de uppfyller önskemål och målsättningar från vårdens olika aktörer. Dessa studier ger också viss kunskap om vilka karaktäristika hos vårdcentraler som samvarierar med goda prestationer. Till exempel får små mottagningar generellt bättre betyg i patientnöjdhetsundersökningar medan det omvända gäller för mottagningar som är lokaliserade i socioekonomiskt tunga områden. Privata vårdcentraler får ofta högre betyg i svenska patientenkätsundersökningar men skillnader med hänsyn till ägande kvarstår sällan då hänsyn tas till andra faktorer såsom patientmix, storlek och arbetsfördelning mellan läkare och andra personalkategorier. Studier från Storbritannien pekar på likartade samband mellan patientupplevd kvalitet och socioekonomi och storlek på vårdcentraler (Kontopantelis m fl 2010; Campbell m fl 2001a; 2001b).

Det är mer oklart vad som leder fram till att vissa vårdcentraler utmärker sig som generellt goda exempel medan andra har problem med många faktorer. I synnerhet saknas systematiskt insamlad kunskap om hur styrningen vid sådana mottagningar går till och eventuellt skiljer sig åt från mottagningar som presterar sämre. Ökad kunskap om hur styrning i primärvården fungerar sett ur ett verksamhetsperspektiv och i förlängningen vilka implikationer olika former för styrning kan få för den vård som bedrivs är viktigt mot bakgrund av de behov och utmaningar som primärvården står inför i många länder. Tidigare studier av sjukhus visar att en god styrning och ledning hänger samman med en god förmåga att svara mot patienters behov och önskemål på ett kostnadseffektivt sätt (Prentice et al 20007; Bloom et al, 2015). Liknande studier i primärvården saknas i stor utsträckning. En aktuell studie som mäter kvaliteten på styrning och ledning vid vårdcentraler med instrumentet World Management Survey, WMS, finner att managementkvaliteten är god i svensk primärvård, att den är något bättre bland privata än offentliga mottagningar, att det kan finnas ett samband mellan god managementkvalitet och tillgänglighet men finner inget samband mellan god managementkvalitet och patientupplevd kvalitet (Angelis m fl 2019). Dock är bortfallet stort i studien: endast 10% av alla svenska vårdcentraler är representerade i undersökningen.

## **1.2 RAPPORTENS SYFTE**

Denna rapport ämnar skapa en ökad förståelse för hur styrning och ledning i primärvården går till ur ett verksamhetsperspektiv genom en kvalitativ undersökning av verksamhetschefers syn på sin styrning. Syftet är att studera hur intern styrning och ledning bland vårdcentraler i Sverige och Finland går till och vilka skillnader som finns med hänsyn till sätt att organisera primärvård ("professional model" eller "community model") och ägandeform (privat eller offentlig).

## **1.3 RAPPORTENS DISPOSITION**

I nästa kapitel presenterar vi en kortfattad teoretisk referensram där centrala begrepp om styrning och ledning klargörs med särskilt fokus på organisationer i offentlig sektor. I kapitel tre redovisar vi den empiriska kontexten, det vill säga primärvård i Sverige och Finland. Mer specifikt klargör vi hur primärvården är organiserad i de områden där vi genom intervjuer med verksamhetschefer inhämtat det empiriska materialet till rapporten; Malmö/Region Skåne och Esbo,

Tampere och Jyväskylä, vilka är de tre största städerna i Finland där det finns både privata vårdcentraler och vårdcentraler i egen regi. Vi beskriver också urvalet av de intervjuade verksamhetscheferna. I kapitel fyra presenterar vi en jämförelse mellan privata och offentliga vårdcentraler i respektive kontext, baserat på registerdata, samt resultaten från intervjuerna. I kapitel fem för vi en diskussion om vårdcentralers egenskaper samt skillnader och likheter i intern styrning och ledning vid vårdcentraler i Sverige och Finland kopplat till den teoretiska referensramen och rapportens bakgrund och presenterar några övergripande reflektioner.

# Kapitel 2

## TEORETISKT RAMVERK

### 2.1 VERKTYG FÖR STYRNING OCH LEDNING

Styrning och ledning kan beskrivas och kategoriseras på många sätt. Trots att frågor om hur ledning och styrning i olika organisationer kan förstås, beskrivas och kategoriseras har varit på den företagsekonomiska forskningsagendan i decennier finns det ingen enad bild kring detta ämne. Detta tyder på att det finns mycket kvar att studera inom området (Malmi 2013).

Övergripande kan styrning och ledning betraktas som en kombination av olika styrverktyg (Management Control Package, se figur 1), vilka måste väljas, kombineras och anpassas beroende på vilken typ av verksamhet det gäller och i vilken kontext den verkar (Malmi och Brown 2008; Simons 1995; Otley 1980).

**Figur 1. "Management control package" – styrverktyg på olika nivåer.**



**Källa: Malmi och Brown (2008); hämtad från Almqvist m fl (2018).**

Administrativ styrning utgör ramarna för hur den interna verksamhetsstyrningen kan bedrivas. Lednings- och organisationsstruktur handlar om intern

ansvarsfördelning, ledning och styrning. En vårdcentral har en platt organisationsstruktur med få chefer och beslutsfattande i det dagliga arbetet är i stor utsträckning decentraliserat till enskilda medarbetare i deras dagliga arbete med patienter. Policyer och tillvägagångssätt handlar om användning av riktlinjer för att påverka medarbetares beteenden. Hälso- och sjukvård är i mycket stor utsträckning föremål för riktlinjer vad gäller behandling och tillvägagångssätt i det dagliga arbetet (Fredriksson m fl 2014; Glenngård och Anell 2017). Detta gäller såväl nationella väntetidsgarantier, som i Sverige anger hur länge en patient som mest ska behöva vänta för att få kontakt med primärvården, träffa en allmänläkare och träffa en specialist på sjukhus som medicinska riktlinjer vilka anger hur olika sjukdomstillstånd ska handläggas och behandlas. Förekomst av den är typen av riktlinjer och de professionella normer och befogenheter som medföljer legitimerade yrken (t.ex. läkare, sjuksköterskor, psykologer) som medarbetare i hälso- och sjukvården förväntas efterleva i sitt möte med patienter innebär att verksamheten till stor del torde vara föremål för indirekt styrning. Indirekt styrning innebär att medarbetares beteende påverkas genom förutbestämda strukturer, tydliga ansvarsförhållanden och befogenheter medan direkt styrning innebär att beteendet påverkas genom övervakning och detaljerade regler.

Kärnan i den interna verksamhetsstyrningen kan beskrivas som planering, cybernetisk styrning och belöning och bonusar. Planering handlar om att sätta upp mål och verksamhetsplaner för organisationen. Cybernetisk styrning handlar om att allokera resurser och att följa upp resursanvändning samt hur väl uppsatta mål efterlevs. I svensk primärvård har information från nationella och lokala register över prestationer och kvalitetsindikatorer till stor del kommit att dominera den externa uppföljningen av vårdgivares prestationer och resultat, det vill säga från huvudmännens sida. Mätssystemen inkluderar dels indikatorer som beskriver vilka insatser som görs för patienterna (strukturmått och processmått) men även vilka medicinska resultat som olika insatser leder till för patienter (resultatmått) och patientupplevd kvalitet (PREM) (Anell 2014). Sådana indikatorer kan också användas av vårdgivare själva i den interna styrningen. Belöning och bonusar handlar om incitamentsstruktur och ansvarsutkrävning; att motivera och belöna (eller bestraffa) medlemmar i organisationen för hur väl de presterar i relation till uppsatta mål.

Medan planering, cybernetisk styrning och belöning och bonusar kan betraktas som relativt lätt föränderliga styrverktyg tar kulturstyrning lång tid att förändra och är snarare att betrakta som en kontextuell ram för andra styrverktyg. Klaner handlar om grupper av människor i en organisation som har samma grundläggande värderingar. I hälso- och sjukvården kännetecknas av individer med starka professionella drivkrafter, såsom läkare och sjuksköterskor som kan antas främst vara motiverade av att utföra sitt arbete på ett sätt som bäst gagnar deras patienter. Värderingar handlar om vilka grundläggande uppfattningar som ska genomsyra en organisation och symboler handlar om att använda olika hjälpmedel för att kommunicera ett önskat beteende hos medarbetare, till exempel inredning och arbetskläder.

## **2.2 ANVÄNDNING AV VERKTYG FÖR STYRNING OCH LEDNING I OFFENTLIG VERKSAMHET**

Vårdcentraler med en platt organisationsstruktur och decentraliserat beslutsfattande tillhör den kategorin offentliga organisationer som har goda förutsättningar för att implementera och använda olika styrverktyg. Tidigare forskning har visat på ett samband mellan förekomst av olika styrverktyg i organisationer i offentlig sektor och framförallt tre faktorer: tydliga mål för verksamheten, organisationens storlek och graden av decentraliserat beslutsfattande/ansvar (executive status) (Laegreid et al 2007; George et al 2019; Carvalho et al 2012; Van Dooren 2005). George et al (2019, s 4) drar slutsatsen att “clear goals imply easier to measure and manage processes and outputs which, in turn, make it easier to use management tools because of the strong fit between how management tools work (i.e., based on goals, indicators, etc.) and what is happening in the organization”. Organisationens storlek är av betydelse för användningen av styrverktyg av två anledningar. Den ena är att behovet av styrning, inte minst uppföljning, ökar ju större en organisation är. Den andra är att ju större en organisation är desto bättre förutsättningar finns det för att internt använda olika kontrollverktyg, såsom prestationsmätningssystem, på ett sådant sätt att det kan bidra till att uppfylla organisationens målsättningar. Den administrativa kapaciteten att implementera och anpassa olika styrverktyg är generellt bättre i organisationer med fler medarbetare och möjligheter att göra interna jämförelser ökar med större volymer av tjänster. Betydelsen av decentraliserat beslutsfattande/ansvar handlar om vilken typ av verksamhet som bedrivs. Organisationer med långtgående decentraliserat beslutsfattande/ansvar,



såsom skolor och vårdcentraler, använder i högre utsträckning olika styrverktyg än till exempel statliga departement eftersom verksamheten innefattar standardiserade, återkommande arbetsuppgifter och daglig kontakt med elever och patienter (Lagreid et al 2007; George et al 2019). Organisationer i offentlig sektor med decentraliserat beslutsfattande/ansvar har också i högre utsträckning påverkats av de krav på kundanpassning samt effektivitet och kostnadskontroll gentemot finansärer som följt på NPM-inspirerade reformer. Detta har i sin tur har medfört ett behov av att implementera olika styrverktyg (Lægred et al 2007).

## **2.3 MÖJLIGGÖRANDE OCH BEGRÄNSANDE STYRNING**

De olika styrverktygen kan användas på olika sätt. Ett sätt att kategorisera användningen av styrverktyg är att beskriva den i termer av begränsande eller möjliggörande (Adler och Borys 1996; Ahrens och Chapman 2004; Simons 1995, 2000) där möjliggörande styrning främjar lärande och utveckling i organisationen medan begränsande styrning handlar mer om att säkerställa att instruktioner efterlevs. Simons (1995; 2000) delar in styrsystem i system för begränsningar, diagnostiksystem, system för värdegrund och interaktivt kontrollsystem. Diagnostiksystem och system för begränsningar handlar om att kontroll av att individer agerar i enlighet med beslut som fattas högre upp i organisationen utan deras direkta inblandning. System för värdegrund och interaktivt kontrollsystem handlar om att uppmuntra individer att vara delaktiga i beslut och processer och kan betraktas som mer möjliggörande former av styrning. Adler och Borys (1996) tar även upp formalisering i styrningen som en viktig dimension. De beskriver formalisering som graden av uttalade regler, procedurer och instruktioner som finns i en organisation. En hög grad av formalisering är inte något hinder för möjliggörande styrning enligt författarna. Snarare kan en styrning som kombinerar en hög grad av formalisering med en möjliggörande roll (enabling bureaucracy) leda till att individer utför sina uppgifter mer effektivt – att de gör rätt saker. Om styrningen ska ha en möjliggörande roll är en förutsättning att det finns ett samspel mellan den som styr och de som ska styras och delaktighet i olika processer från dem som styrs. Ett exempel från extern styrning i svensk primärvård är att det inte är tillräckligt att sätta upp krav i förfrågningsunderlag och att sedan följa upp dessa med hjälp av indikatorer och belöna eller bestraffa vårdgivare för hur väl de lyckas om kontinuerlig lärande och kvalitetsförbättring anses vara viktigt. Anledningen är

att en sådan styrning bidrar med begränsat lärande för vårdgivare. Att bestraffa vårdgivare som inte uppfyller målen genom att hålla inne ersättning kan betraktas som en skarp åtgärd men den bidrar inte med något stöd till förbättringsarbete. För att bidra med stöd måste sådan uppföljning kombineras med dialog om varför utfallet ser ut som det gör och vad som kan göras för att förbättra det (Anell 2014; Glenngård 2016).

# Kapitel 3

## METOD OCH EMPIRI

### 3.1 STUDIENS KONTEXT

I tabell 2 finns en översikt av primärvårdens organisation i Sverige och Finland. Vad gäller patienters uppfattning om primärvården i de båda länderna finns det data från en befolkningsenkät i 32 länder under 2010-2013. Den visar att uppfattningar om tillgänglighet är var något bättre för Sverige men att finsk primärvård fick bättre betyg av patienterna vad gäller kommunikation, gott bemötande och delaktighet (Murante m fl 2017). Jämförbara data från senare år saknas.

**Tabell 2. Översikt av hälso- och sjukvårdssystem i Sverige och Finland med särskilt fokus på primärvården.**

	<b>Sverige</b>	<b>Finland</b>
Befolkningsstorlek	10,23 miljoner (2019)	5,52 miljoner (2019)
Ansvar för primärvård	21 regioner	317 kommuner
Ansvar för specialiserad vård	21 regioner, högspecialiserad vård samordnas i sex sjukvårdsregioner	317 kommuner indelade i 20 sjukvårdsdistrikt
Ansvar för rehabilitering och omvårdnad	290 kommuner	317 kommuner
Sjukvårdssystem	Skattebaserat	Skattebaserat
Primärvårdens andel av totala utgifter för hälso- och sjukvård	20% (2017)	18% (2018)
Antal vårdcentraler i landet	1159 (2019)	512 (2020)
Andel privata	43% (2019) En majoritet tillhör något av de tre större företagen Aleris, Capio och Praktikertjänst, som bedriver vård i hela landet, eller ett mellanstort företag som driver tre eller fler vårdcentraler i en eller några regioner.	9% (2016) En majoritet tillhör något av de tre större företagen Mehiläinen, Terveystalo och Pihlajalinna som driver vårdcentraler i flera kommuner.

Antal invånare per allmänläkare	1624 (2014)	1028 (2014)
Antal besök hos läkare i primärvård per 1000 invånare	1284 (2019)	1069 (2019)
Kompetenser vid vårdcentraler	Team-baserad, mix av personalkategorier.	Team-baserad, mix av personalkategorier.
Vårdcentralers befolkningsansvar	Individer som valt att lista sig vid vårdcentralen (listad befolkning).	Geografiskt upptagningsområde.
Villkor för privata och offentliga vårdgivare	Samma villkor för privata och offentliga enligt lag. Regleras i avtal mellan regionen och verksamhetschefen för vårdcentralen (privat och offentlig).	Samma lagstiftning för privata och offentliga. Privata vårdcentraler skriver kontrakt med kommunen efter upphandling.
Ersättning till vårdcentraler	Övervägande fast kapitering per listad individ.	Övervägande fast ersättning baserat på antal individer i geografiskt upptagningsområde.
Källor	vårdenisiffror.se; statistiska centralbyrån; NOMESKO	NOMESKO, THL

### 3.1.1 MALMÖ-OMRÅDET (REGION SKÅNE)

Det svenska urvalet består av vårdcentraler i Region Skåne och mer specifikt Malmö-området. I Region Skåne bor det omkring 1.2 miljoner invånare varav omkring 300 000 i Malmö. I december 2019 fanns det 155 vårdcentraler i Skåne och av dessa drevs 45 procent i privat regi. Ungefär 40 vårdcentraler var lokaliserade i Malmö. Vårdgivare i primärvården har ett relativt omfattande ansvar för behovet av öppenvård i sin listade befolkning i Region Skåne, liksom i resten av Sverige. Ersättningen till vårdgivare består av fast kapitering per listad, riskjusterad för förväntat större behov bland individer med omfattande behov av primärvård kopplat till socioekonomi och sjuklighet. Den fasta kapitationsersättningen riskjusteras baserat på ACG (adjusted clinical groups) och CNI (care need index). ACG mäter sjuklighet i en grupp individer baserat på kön, ålder och diagnoser under en specifik period, 18 månader i Skåne. ACG är ett relativt mått vilket innebär att den genomsnittliga vikten i en grupp vårdcentraler är 1,0. CNI mäter den socioekonomiska tyngden i en befolkning baserat på sju indikatorer såsom utbildning, familjesituation och födelse-land. Vårdcentraler har ett omfattande ansvar för behov av och kostnader för öppenvård bland sina listade individer. Den fasta ersättningen justeras baserat på

hur stor andel av alla öppenvårdsbesök som sker i primärvård (täckningsgrad). Vidare debiteras vårdcentraler för besök som listade patienter gör vid andra vårdcentraler. Vid vårdcentralerna finns en mix av kompetenser såsom allmänläkare, sjuksköterskor med olika specialistkompetens, arbetsterapeuter, psykologer och sjukgymnaster.

En vårdgivare som vill bedriva primärvård inom hälsovalet i Skåne med ersättning från regionen måste följa de minimikrav och riktlinjer som specificeras i Region Skånes förfrågningsunderlag avseende ekonomi, medicinsk kvalitet, personal och öppettider. Regionen sluter avtal med privata och vårdöverenskommelser med offentliga vårdcentraler givet att dessa krav är uppfyllda. Avtalet/överenskommelsen tecknas mellan verksamhetschefen vid vårdcentralen och en handläggare på Region Skåne. Det måste också finnas en medicinskt ansvarig allmänläkare på varje vårdcentral. Ibland är verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren samma person men oftast delas dessa roller mellan olika personer. Avtalet gäller formellt i två år men i praktiken förnyas det så länge vårdcentralen uppfyller villkoren i förfrågningsunderlaget. Regionen följer upp vårdgivare baserat på olika kvalitets- och processindikatorer samt vid dialogmöten.

Skånsk primärvård har, utöver införandet av vårdvalet år 2009, genomgått en rad förändringar under det senaste decenniet som kan antas ha haft stor betydelse för den interna styrningen vid vårdcentraler. Ett exempel är förändringar i styrmodellen mellan Region Skåne och vårdgivarna. I samband med införandet av vårdvalet, som förändrade det övergripande sättet för att organisera och därmed förutsättningarna för vårdgivare att bedriva primärvård, förändrades också den externa styrningen från Region Skånes sida. Ett system för att mäta olika prestationer bland vårdcentraler i kombination med regelbunden systematisk uppföljningsdialog med alla vårdgivare infördes år 2009. Systemet med regelbunden uppföljningsdialog avskaffades år 2014. År 2017 återinfördes regelbunden dialogbaserad uppföljning, dock med längre tidsintervall mellan dialogmötena. Såväl införandet som borttagandet som återinförandet kan tänkas ha påverkat förutsättningarna för den interna styrningen vid vårdcentralen (Glenngård 2015). För de offentligt drivna vårdcentralerna infördes ytterligare en förändring år 2014. Då delades de offentliga primärvården upp på tre förvaltningar (Kryh, Sund och SUS). Under perioden från vårdvalets införande och till och med 2013 hade all offentlig

primärvård organiserats i en gemensam skåneövergripande förvaltning. Syftet med att dela upp primärvården i tre förvaltningar vara att förbättra samverkan mellan sjukhusvård och primärvård (Anell 2018).

### **3.1.2 ESBO, TAMMERFORS OCH JYVÄSKYLÄ**

I Finland är det kommunerna som ansvarar för att organisera och finansiera primärvård. För att kunna jämföra hur intern styrning och ledning bland vårdcentraler med hänsyn går till och vilka skillnader som finns med hänsyn till sätt att organisera primärvård mellan länderna och ägandeform försökte vi så långt som möjligt matcha urvalet i Finland med det svenska fallet Malmö. Därav valde vi förhållandevis stora städer där det finns en mix av privata och offentliga vårdcentraler. I studien ingår tre finska städer; Esbo med 290 000 invånare och 11 vårdcentraler varav två privata, Tammerfors med 240 000 invånare och 11 vårdcentraler varav tre privata, och Jyväskylä med 140 000 invånare och 11 vårdcentraler varav tre privata.

Samma lagstiftning gäller för privata och offentliga vårdcentraler. Ersättningen till vårdcentraler i egen regi sker genom traditionell anslagsfinansiering baserat på historiska kostnader och förväntat behov av volymer av vård i befolkningen i respektive geografiskt upptagningsområde. För privata utförare gäller att varje kommun tecknar avtal med respektive vårdgivare. Avtalet tecknas med ägaren (koncernen) och inte med varje enskild vårdcentral. Fast ersättning tillämpas även för privata vårdcentraler och anslaget baseras på befolkningsstorleken i det geografiska upptagningsområdet, justerat för socioekonomiska faktorer.

## **3.2 EMPIRISKT MATERIAL OCH ANALYS**

Analysen av skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler i Finland och Sverige bygger på både kvantitativa och kvalitativa data.

### **3.2.1. REGISTERDATA**

Vi har använt registerdata för att illustrera vårdcentralers egenskaper i de studerade kontexterna. För att studera skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler har vi använt bivariat korrelationsanalys. Data har inhämtats från Region Skåne samt Nationell patientenkät i Sverige. I Finland har data inhämtats från de kommuner som deltar i studien samt nationell patientenkät.

### 3.2.2 INTERVJUER

Information om uppfattning av verksamhetens uppdrag och mål, hur styrning och ledning går till, på vilket sätt som yttre faktorer påverkar den interna styrningen och på vilket sätt styrningen förväntas påverka vårdcentralers målsättningar, har samlats in genom semi-strukturerade intervjuer.

Verksamhetschefer vid ett urval vårdcentraler i områdena i och kring Malmö respektive Esboo, Tammerfors och Jyväskylä. Åtta vårdcentraler i Malmö- och sju vårdcentraler Esboo, Tammerfors och Jyväskylä ingår i studien. Ett viktigt urvalskriterium var att inkludera både privata och offentliga vårdcentraler.

Vidare eftersträvade vi att endast inkludera förhållandevis stora vårdcentraler (minst 10 000 listade/patienter). Dock inkluderas två mindre finska vårdcentraler eftersom detta var nödvändigt för att säkerställa en mix av privata och offentliga i detta fall. Vårdcentralerna i Malmö-området valdes ut i samråd med handläggare på Region Skåne. Utgångspunkten vid val av vårdcentraler i det finska fallet var att inkludera lika många privata som offentliga vårdcentraler i de tre kommunerna för att på så sätt kunna studera skillnader med hänsyn till ägandeform samtidigt som andra faktorer (befolkningsstorlek och socioekonomi) är förhållandevis lika.

Semistrukturerade intervjuer med verksamhetscheferna genomfördes för att samla in information om upplevelse av utformning och förekomst av mål för verksamheten, utformning och användning av olika styrverktyg och dess användning för att uppnå viktiga målsättningar samt syn på skillnader i förutsättningar för styrning bland vårdcentraler i privat respektive offentlig regi. Intervjuguiden återfinns i bilaga 1. Glenngård ansvarade för insamling och sammanställning av data i Sverige. Intervjuerna med verksamhetschefer genomfördes på respektive vårdcentral i april-maj 2019. Malmi och Tyni ansvarade för insamling och sammanställning av data i Finland. Intervjuerna genomfördes i februari-mars 2020. Intervjuerna med verksamhetscheferna varade mellan 61 och 80 minuter. Utöver intervjuer med verksamhetschefer har vi intervjuat handläggare på Region Skåne och på central ledningsnivå bland offentliga och privata vårdgivare i Helsingfors-området för att få en bredare förståelse för de villkor som gäller för att bedriva primärvård i respektive kontext.

Samtliga intervjupersoner kontaktades via mail med information om syfte och bakgrund med studien samt en förfrågan om att medverka i en intervju. Totalt

tillfrågades 10 verksamhetschefer i Malmö-området, varav åtta valde att medverka i studien och 11 i Esboo, Tammerfors och Jyrvaskyla, varav sju valde att medverka (se tabell 3-4).

**Tabell 3. Intervjuer med verksamhetschefer i Malmö-området, urval.**

Vårdcentral	Offentlig 1	Privat grupp 1	Offentlig 2	Privat enskild	Offentlig 3	Offentlig 4	Offentlig 5	Privat grupp 2
<b>Ledning<sup>1</sup></b>								
<b>VC bakgrund</b>	Sjuksköterska	Läkare	Läkare	Annan	Sjuksköterska	Sjuksköterska	Annan	Sjuksköterska
<b>Antal år som VC</b>	4 år	2 år	7 år	10 år	4 år	9 år	12 år	4 år
<b>Antal chefer på vårdcentralen</b>	1 VC	1 VC, 2 EH	1 VC, 1 EC	1 VC, 4 EC	1 VC, 1 EC	1 VC, 1 EC	1 VC, 1 EC	1 VC, 3 EC
<b>Vårdcentralens egenskaper</b>								
<b>Ägare</b>	Offentlig	Privat (grupp)	Offentlig	Privat (enskild)	Offentlig	Offentlig	Offentlig	Privat (grupp)
<b>Antal listade</b>	11 000	12 000	12 000	13 000	12 000	13 000	16 000	15 000
<b>Patienters egenskaper</b>								
<b>Socio-ekonomisk tyngd (CNI-vikt)</b>	under medel	under medel	över medel	medel	över medel	under medel	över medel	medel
<b>Sjuklighet (ACG-vikt)</b>	medel	över medel	under medel	under medel	under medel	medel	under medel	under medel

<sup>1</sup>VC=verksamhetschef, EC=enhetschef.



**Tabell 4. Intervjuer med verksamhetschefer i Esbo, Tammerfors och Jyväskylä, urval.**

Vårdcentral	Offentlig 1	Privat grupp 1	Privat grupp 2	Offentlig 2	Offentlig 3	Privat grupp 3	Privat grupp 4
<b>Ledning<sup>1</sup></b>							
VC bakgrund	Läkare	Läkare	Läkare	Läkare	Läkare	Läkare	Läkare
Antal år som VC	5	24	24	8	21	8	7
Antal chefer på vårdcentralen	1 VC	1 VC	1 VC	1 VC, 1EC	1 VC, 1 EC	1 VC	1 VC
<b>Vårdcentralens egenskaper</b>							
Ägare	Offentlig	Privat	Privat	Offentlig	Offentlig	Privat	Privat
Antal listade	38 000	5 000	5 000	20 000	31 000	12 000	15 000
<b>Patienters egenskaper</b>							
Socio-ekonomisk tyngd	över medel	medel	medel	över medel	mdedel	över medel	
Sjuklighet		Stor andel äldre		stor andel äldre		medel	Stor andel äldre

<sup>1</sup>VC=verksamhetschef, EC=enhetschef;

### 3.2.3 ANALYS

Under intervjuerna gjordes övergripande noteringar om svar på frågorna. Vidare spelades intervjuerna in med samtycke från intervjuerna och transkriberades verbatim. En verksamhetschef i Malmö-området samtyckte inte till inspelning. I detta fall gjordes mer noggranna noteringar under intervjun. I analysen av det empiriska materialet har vi främst fokuserat på likheter och skillnader i den interna styrningen avseende kontext (Sverige och Finland) och ägarform (privat enskild, privat grupp eller offentlig vårdcentral).

I rapporten beskrivs resultaten från de svenska intervjuerna mer utförligt än resultaten från de finska intervjuerna. Detta kan förklaras av arbetsprocessen i projektet. Glenngård genomförde samtliga intervjuer i Sverige (på svenska) samt sammanställde och analyserade detta material. Malmi och Tyni

genomförde samtliga intervjuer i Finland (på finska) samt sammanställde och analyserade detta material. Därefter översattes resultaten från den finska kontexten till engelska. Glenngård ansvarade för att översätta dessa resultat till svenska och författa rapporten. Glenngård och Malmi har ansvarat för analys av skillnader och likheter mellan vårdcentraler i Sverige och Finland samt skillnader och likheter mellan privata och offentliga vårdcentraler i respektive kontext. Diskussioner om de resultat och slutsatser som presenteras i rapporten har förts löpande under projektets gång.

# Kapitel 4

## RESULTAT

### 4.1. ÖVERSIKTLIG ANALYS AV SKILLNADER MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA VÅRDCENTRALER

I tabell 5 redovisas en övergripande jämförelse mellan privata och offentliga vårdcentraler i Region Skåne, baserat på tillgängliga registerdata för år 2019. Som framgår av tabellen är privata vårdcentraler mindre än offentliga. Det förefaller inte finnas någon skillnad i patientmix avseende genomsnittlig vårdtyngd (mätt som ACG) och genomsnittlig socioekonomisk tyngd (mätt som CNI) mellan privata och offentliga vårdcentraler. Dock är andelen listade som är 75 år eller äldre något högre bland offentliga vårdcentraler än privata. Det finns inte någon statistiskt säkerställd skillnad i antal producerade besök per listad – varken viktade eller oviktade – mellan privata och offentliga vårdcentraler. Privata vårdcentraler tycks ha en bättre läkarbemanning än offentliga: verksamhetschefen är läkare bland 29% av de privata och 17% av de offentliga vårdcentralerna och såväl andelen läkarbesök av alla besök som kontinuiteten i läkarbesök är något bättre för privata än offentliga vårdcentraler. Vad gäller andra prestationer har vi jämfört genomsnittliga värden för privata och offentliga vårdcentraler för ett urval av de mål och mått som Region Skåne använder i sin uppföljning. Det finns ingen skillnad i patientupplevd kvalitet, mätt med nationell patientenkät (NPE), med hänsyn till ägande för andra dimensioner än upplevd kontinuitet. Följsamheten till riktlinjer är bättre bland offentliga än privata vårdcentraler för två av tre tillgängliga mått avseende läkemedelsförskrivning.

**Tabell 5. Skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler lokaliserade i Region Skåne, år 2019.**

År 2019	Privata	Offentliga	Sig.
Antal vårdcentraler (tot 155)	69	86	
Antal listade patienter (genomsnitt 9 001)	8 364	9 510	**
Socioekonomisk tyngd, CNI (genomsnitt 1,02)	1,03	1,01	
Vårdtyngd, ACG (genomsnitt 1,0)	1,00	1,00	
Andel listade 75 år eller äldre (genomsnitt 9,1%)	8,6%	9,4%	*
Antal besök per listad (genomsnitt 3,04)	3,10	3,00	
Antal viktade besök per listad (genomsnitt 1,94)	2,02	1,89	
Andel verksamhetschefer som är allmänläkare, (genomsnitt 22%)	29%	17%	**
Andel läkarbesök av alla besök (genomsnitt 41%)	43%	40%	**
Kontinuitet läkarbesök (genomsnitt 50%)	54%	46%	**
NPE: upplevd kontinuitet (genomsnitt 0,72)	0,74	0,70	**
NPE: tillgänglighet (genomsnitt 0,82)	0,82	0,81	
NPE: helhetsintryck (genomsnitt 0,80)	0,80	0,80	
Förskrivning penicillin V till barn, mål=högt (genomsnitt 81%)	80%	82%	*
Förskrivning kinoloner till kvinnor med UVI mål >10 (genomsnitt 7%)	7%	7%	
Förskrivning farliga läkemedel till äldre, mål=lågt (genomsnitt 23 222 DDD)	25 161	21 650	**

**\*\* och \* indikerar att skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler är statistiskt signifikant på 1%- respektive 5%-nivån (två-sidig). Viktade läkarbesök beräknas som läkarbesök=1 och alla andra besök =0,4.**

I tabell 6 redovisas på samma sätt skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler i Esbo, Tammerfors och Jyväskylä, baserat på tillgängliga finska data. Dock redovisar vi inte statistisk signifikans här eftersom antalet observationer är lågt. Precis som i det svenska fallet är offentliga vårdcentraler större men det finns inte någon skillnad i antal producerade besök per patient. Tvärtemot fallet i Sverige är andelen läkarbesök något högre bland offentliga än privata vårdcentraler i det finska urvalet. Noterbart är också att alla verksamhetschefer i det finska urvalet är läkare. Vad gäller prestationer är den patientupplevda kvaliteten högre bland offentliga vårdcentraler medan

tillgängligheten är bättre vid privata vårdcentraler. Tillgänglighet mäts i detta fall med indikatorn T3, vilket avser väntetid i dygn för ej akut vård till läkare vid vårdcentral i termer av den tredje lediga tiden. Offentliga vårdcentraler genomför fler röntgenundersökningar än privata vårdcentraler och privata vårdcentraler remitterar fler patienter till specialister vid sjukhus än offentliga vårdcentraler.

**Tabell 6. Skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler lokaliserade i kommunerna Esbo, Tammerfors och Jyväskylä, år 2019**

År 2019	Privata	Offentliga
Antal vårdcentraler (tot 33)	8	25
Antal patienter (genomsnitt 20 224)	12 281	27 033
Antal besök per listad (genomsnitt 2,13)	2,08	2,16
Andel verksamhetschefer som är allmänläkare	100	100
Andel läkarbesök (genomsnitt 44%)	42%	46%
Tillgänglighet, T3 (genomsnitt 18,6 dygn)	13,0	23,5
NPE: helhetsintryck (genomsnitt 58,4)	52,8	62,9
Antal remisser till specialist per 1 000 patienter (genomsnitt 95)	98	93
Antal röntgen-undersökningar per 1 000 patienter (genomsnitt 113)	108	118

## 4.2. RESULTAT FRÅN INTERVJUER

Härnäst redovisas resultat från intervjuer med verksamhetschefer i Sverige (Malmö-området) och Finland (Esbo, Tammerfors och Jyväskylä).

### 4.2.1 MÅL OCH VERKSAMHETSSTYRNING BLAND VÅRDCENTRALER I MALMÖ-OMRÅDET

#### UPPDRAGET UPPFATTAS SOM TYDLIGT MEN GRÄNSSNITT SOM OTYDLIGA

Samtliga intervjuade verksamhetschefer menade att uppdraget för deras verksamhet är tydligt: att möta behovet av öppenvård i sin listade befolkning i meningen att ge en god, säker och rättvis vård på lika villkor.

Verksamhetscheferna berättade att detaljeringsgraden i uppdraget minskat över tid, vilket upplevs som positivt. Uppdraget anger vad som ska göras men inte hur det ska göras.

*”Jag tycker att med de här ackrediteringsvillkoren som kom 2009 när det infördes ett hälsoval, så blev det rätt så tydligt vad vi har för uppdrag. Och nu senaste året har man gått ifrån att vilja detaljstyra det till att mera ge oss fritt utrymme. Att forma verksamheten utifrån de patienter vi har listade hos oss. Så man kan tänka sig en mottagning med nästan bara en äldre publik så kanske du inte startar en idrottsskademottagning där. Men är du som vi är, med många studentboenden runt omkring och många yngre som söker i arbetsför ålder, då kan man starta en sån mottagning. Så vi har rätt så fria händer. Inom givna ramar ändå att utforma vårdcentralerna. Så de kan ju skilja sig och se olika ut. Det måste jag säga det tycker jag också är lite tjusningen.” (Offentlig 5)*

Ett problem som samtliga verksamhetschefer tog upp var dock att gränssnittet gentemot andra vårdgivares uppdrag är otydligt, framförallt gentemot psykiatri, akutsjukvård och kommunala insatser.

Nyckelord som beskriver svaret på frågan om vilka övergripande målsättningar som finns i verksamheten är tillgänglighet, effektivitet, kvalitet, professionalitet och lyhördhet. Flera utvecklade målsättningen god effektivitet viktig för att uppnå andra målsättningar: Om resurser används på ett ändamålsenligt sätt, det vill säga att rätt person tar hand om varje patient leder detta till att god tillgänglighet, kvalitet, lyhördhet, kontinuitet och kostnadskontroll blir lättare att uppnå, menade verksamhetscheferna.

*”Alla som ringer hit och har ont i kroppen skickas till rehab först. Det är ingen allmänläkare som tittar på dem. Samma med, har man ont i knoppen så går man till psykolog. Och sen, om vi har behov så går man vidare så att säga. ... Så slipper läkaren sitta och titta på en axel och säga ”jaha, du ska nog ha tid på rehab”. Det är en onödig tid liksom.” (Privat enskild)*

Generellt uppfattade inte verksamhetscheferna att det råder någon konflikt mellan de olika målsättningarna. Den potentiella konflikten mellan effektivitet och följsamhet till riktlinjer å ena sidan och lyhördhet gentemot patienters önskemål å andra sidan hanteras genom att vara professionell i mötet med patienten. En stabil bemanning beskrevs som viktigt för att kunna balansera olika målsättningar och samtidigt lyckas med ett kontinuerligt förbättringsarbete.

## VERKSAMHETSMÅLEN SÄTTS PÅ TVÅ ELLER TRE NIVÅER

Vad gäller förekomst av uppsatta mål varierade svaren mer. Målen sätts på två eller tre nivåer beroende på typ av ägande: centralt från beställaren, lokalt på vårdcentralen och bland offentliga samt privata som tillhör en koncern även på ägar- eller förvaltningsnivå. Samtliga verksamhetschefer uppfattade de mål som sätts externt på central nivå i förfrågningsunderlag och som gäller som villkor för att få bedriva primärvård som viktiga. De mål som nämndes på denna nivå var främst god tillgänglighet och täckningsgrad, nöjda patienter, följsamhet till riktlinjer om antibiotikaförskrivning och förebyggande insatser för riskgrupper samt journalföring utan dröjsmål och registrering i olika kvalitetsregister, såsom nationellt diabetesregister. Dessa överensstämmer med de mål och mått som Region Skåne använder i sin uppföljning av vårdcentraler (bilaga 2).

För de offentligt drivna vårdcentralerna samt de privata som ingår i en koncern finns det dessutom ett antal övergripande mål som alla vårdcentraler omfattas av och som sätts externt på förvaltnings- eller ägarnivå. Mål på denna nivå beskrevs som mer detaljerade än de mål och ofta mer ambitiösa än som sätts centralt av regionen och inkluderar även finansiella aspekter. Ett problem som lyftes av verksamhetscheferna för de offentliga vårdcentralerna är att de mål som sätts upp på beställarnivå inte alltid går hand i hand med de mål som sätts upp på förvaltningsnivå. Flera verksamhetschefer för både privata och offentliga vårdcentraler nämnde att det även sätts mål för förbättringsarbete på denna nivå. För enskilda privata vårdcentraler saknas denna mellannivå.

För vårdcentralerna i offentlig regi definieras målen på förvaltningsnivå i ett balanserat styrkort.

*”Vi har ett balanserat styrkort som vi följs upp mot. .... Då följs vi upp på parametrarna i basala hygienkraven, lever vi upp till dem? Alla våra medarbetare, följer vi dem eller gör vi det inte? Hur ser vår förskrivning ut av antibiotika? Hur pratar vi levnadsvanor med våra patienter? Hur ser telefontillgängligheten ut? Det har ju varit en oerhört och den mest prioriterade frågan, att ringer man sin vårdcentral så ska man komma fram och få ett svar på sin signal. Hur många läkarhembesök gör vi? Hur många samordnade individuella planer har vi gjort? Hur ligger vi till i journalskrivandet? Hur ser frånvaron ut? Kort frånvaro, lång frånvaro. Och hur ser det ut med ekonomin?” (Offentlig 5)*

Samtliga verksamhetschefer förklarade att de mål som sätts lokalt på varje vårdcentral är viktigast för verksamheten men att de inte är helt fria i att sätta dessa utan måste ta hänsyn till de mål som sätts externt av beställare och – i förekommande fall – ägare eller förvaltning. De övergripande mål som anges av Region Skåne kokas ner till egna mål på verksamhetsnivå. De flesta verksamhetscheferna menade att de i stor utsträckning själva väljer vilka områden som ska prioriteras och att medarbetare involveras i stor utsträckning när lokala mål för verksamheten tas fram.

#### UTFORMNING AV STYRMODELLEN OCH ANVÄNDNING AV STYRVERKTYG

Övergripande berättade verksamhetscheferna att styrning och ledning är viktigt för att uppnå olika målsättningar. Verksamhetsstyrningen vid samtliga svenska vårdcentraler som ingår i studien kännetecknas mer av indirekt än direkt styrning och stor involvering av samt förtroende för medarbetare i beslutsfattande och den dagliga verksamheten. Verksamhetscheferna använde orden transparens, öppenhet, lyhördhet, dialog, delaktighet, tillåtande och tillit för att beskriva hur de arbetar med att skapa engagemang hos medarbetare.

*”Vi hjälps åt och det är lite av vårt motto att vi hjälps åt. Det är vår gemensamma verksamhet, det är inte jag och mina enhetschefer som kan driva den här kolossen helt själva. Utan det gör vi tillsammans.”*  
(Offentlig 5)

*”En stor sak är personalens engagemang. Sen så är det ledningens engagemang och styrning och rutiner. De två sakerna tror jag.”*  
(Privat enskild)

Verksamhetscheferna menade att en viktig uppgift för dem är att skapa stabilitet i verksamheten. Att skapa stabilitet handlar om att det ska finnas förutsättningar för medarbetare att utföra sitt arbete med patienter. Viktiga delar för verksamhetscheferna i detta beskrevs som att prioritera vad som är viktigt, översätta övergripande (externa) mål till verksamhetsnära och att hålla ihop helheten.

*”Jag håller i alla trådar. Jag är inte den som går runt och ser till att alla gör som de ska, absolut inte, utan jag har en tillit till medarbetarna. Min dag, mail tar upp en väldigt stor del av mitt arbete. Plus att det är mycket som ska redovisas, mycket som ska skrivas.”* (Offentlig 4)

*”Trycka på lugn och jag filtrerar ju också mycket. Det tror jag är, dels är det väl personlighet men det är ju också en erfarenhet och en*



*trygghet. Det krävs en viss erfarenhet att våga göra det. Jag tror att man har otroligt mycket att vinna på det. ... När jag blev anställd så sa, det var [xxx] som anställde mig, och då sa hon "hur gör du för att orka med och hinna med allting?". Då sa jag "men jag låter bli att göra vissa saker". Nej men jag gör så här att vissa saker lägger jag på hyllan och ibland blir man påmind att "du hallå", okej det får vi göra. Men det är ingen som knackar på, ingen som bryr sig om det blir gjort eller inte. Då kan det ligga kvar där. Det har nog varit en överlevnad för mig att göra på det sättet. Jag springer liksom aldrig på alla bollar." (Offentlig 1)*

Att styrningen kan betraktas som indirekt bygger på att det finns mycket riktlinjer och rutiner för den dagliga verksamheten vid vårdcentralerna samt ett förtroende för och en tillit till medarbetares professionalitet i sina patientmöten. Verksamhetscheferna menade att för att verksamheten ska kunna uppnå en god, säker och rättvis vård på lika villkor måste det finnas riktlinjer och rutiner för olika områden. Annars finns det en risk att patienter behandlas på olika sätt beroende på vem de får träffa på vårdcentralen. Då det finns riktlinjer och rutiner på plats handlar styrningen om att säkerställa att dessa följs.

*"Vi vill då vara en mottagning som uppfattas som välkomnande, tillmötesgående, fast liksom professionella som följer riktlinjer och rekommendationer. Arbetar seriöst med prioriteringar." (Offentlig 2)*

Då det saknas rutiner eller riktlinjer på något område är det viktigt att ta fram detta stöd för medarbetare. Verksamhetscheferna gav uttryck för att berörda medarbetare involveras i stor utsträckning när nya riktlinjer och rutiner tas fram.

*"Det finns vissa saker som jag måste säga "det här gäller", så är det bara. Men jag brukar alltid bolla med mina personal, jag brukar alltid bolla med berörda. Det behöver ju inte vara alla som blir berörda av just den förändringen men jag brukar alltid bolla och förklara hur jag tänker. Oftast så är vi helt överens när vi gör förändringar. Sen ibland så får man ju göra snabba förändringar, ibland måste man testa och så "nej men det här blev faktiskt inte bra", då får vi gå tillbaka till det gamla. Men jag är ingen sån chef som går ut och bara talar om vad folk ska göra för då blir man av med personal." (Offentlig 3)*

*"När det blir en sån negativ spiral på en vårdcentral så att allt går i kras så försvinner av någon anledning alla rutiner. Det är väldigt märkligt tycker jag. Men så var det här i alla fall så allting har fått byggas upp igen. ... Jag jobbar ju mycket tillsammans med min medicinska rådgivare med rutiner och utveckling." (Offentlig 4)*

Tillit till medarbetare handlar om en förväntning att de agerar på ett bra sätt i sin professionella roll.

*”Det handlar om professionalism på individnivå. Det måste man lära sig. Jag tror det är väldigt svårt för systemet att skapa. Man måste ha en organisation som förmår att upprätthålla det.” (Privat grupp 1)*

*”Att jobba i sjukvården och man har sin profession, då vet man ju vad som förväntas av en i sin professionalitet.” (Offentlig 3)*

Samtliga verksamhetschefer i det svenska urvalet berättade att de använder prestationsmått för att följa upp hur vårdcentralen ligger till i olika avseenden över tid och i jämförelse med andra. Benchmarking av hur den egna vårdcentralen eller enskilda medarbetare ligger till i förhållande till andra beskrevs som ett viktigt verktyg för att jämma ut prestationer och uppnå verksamhetens mål samt att ge feedback till medarbetare. Med få undantag redovisar inte verksamhetscheferna utfall på individnivå öppet utan endast på gruppnivå. Enskilda medarbetare får ta del av sina resultat i individuella möten med verksamhetschefen eller inte alls. I den mån belöning förekommer då mål uppfylls är det alltid på gruppnivå. Alla firar tillsammans och det handlar oftast om fika eller liknande.

*”Vi brukar jobba lite på det sättet att vi firar [när vi har uppnått ett mål]. Vi firar hela vårdcentralen. Alla får vara med och fira.” (Offentlig 4)*

Tillgången till data och därmed användningen av den varierar med hänsyn till ägandeform. Samtliga vårdcentraler har tillgång till och förhåller sig till de mål och mått som Region Skåne använder i sin årliga uppföljning (bilaga 2). Dessa upplevs som tvingande att uppfylla eftersom de regleras i avtal mellan vårdcentralen och beställaren. Denna data ger inte något direkt stöd till utveckling av verksamheten av två anledningar: data är inte tillräckligt uppdaterade och de presenteras inte i en kontext. Upplevelsen är att dessa indikatorer används av beställaren för att besiktiga verksamheterna för att säkerställa följsamhet till vad som står i avtalen. Utöver dessa data har samtliga vårdcentraler tillgång till data om ekonomi för sin egen verksamhet. Denna tas fram själv av någon på vårdcentralen för enskilda privat, på ägarnivå för privata i grupp och på förvaltningsnivå för offentliga vårdcentraler. Ekonomiska data finns tillgängliga månadsvis och följs löpande.

Samtliga verksamhetschefer har också tillgång till uppdaterade data om avvikelser vid vårdcentralen. I den nationella vårdhandboken (vardhandboken.se), som alla vårdgivare ska följa, klargörs att ”vårdgivaren ska ha rutiner för avvikelshantering, innefattande att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.” samt att ” En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp och kan vara vård-, arbetsmiljö- eller driftrelaterat. En avvikelse kan exempelvis röra patienters vård och behandling, personalens situation och arbetsmiljö, administrativa rutiner, påverkan på yttre miljö och egendom. I varje verksamhet ska det finnas en lokal anvisning om vilka typer av händelser som ska rapporteras som avvikelser.”

Privata vårdcentraler i grupp och offentliga vårdcentraler får också löpande data om ytterligare kvalitetsparametrar, följsamhet till riktlinjer och produktionsstatistik för respektive vårdcentral utöver den som presenteras av Region Skåne. Denna presenteras av ägare eller förvaltning månatligen. För offentliga vårdcentraler är formatet det styrkort som förvaltningen använder för vårdcentraler i egen regi där data presenteras för den egna vårdcentralen och andra vårdcentraler i området. Det är dock upp till varje enskild vårdcentral att tolka sitt utfall i relation till andra. För privata i vårdcentraler är formatet lite annorlunda. Data presenteras i detta fall oftast i kombination med dialog från ägaren där verksamhetschefen och andra nyckelpersoner på vårdcentralen får hjälp att tolka data och identifiera förbättringsområden. Sådan återkoppling kan ske rutinmässigt varje månad eller om det efterfrågas från verksamhetschefen. Verksamhetschefen på den privata enskilda vårdcentralen saknade den typen av återkoppling på mellannivå och uttryckte att det hade varit önskvärt om det fanns en sådan funktion på plats.

Utöver den data som presenteras för vårdcentralerna från beställare och förvaltning/ägare finns det data att tillgå i lokala och nationella kvalitetsregister. Användning av sådana data, som det är upp till varje enskild vårdcentral att ta fram ur olika register, varierar enligt de intervjuade verksamhetscheferna.

## **PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET**

På frågan ”Hur arbetar ni med produktion och produktivitet?” svarade en majoritet av verksamhetscheferna att de mäter och har mål för väntetider och täckningsgrad men att de inte använder begrepp som produktion eller

produktivitet för att styra verksamheten. De använder triage-system och arbetar med förbättringar i bokningssystem för att förbättra en effektiv användning av resurser (personal) och korta väntetider.

*Flera verksamhetschefer sade uttryckligen att de aldrig skulle sätta volym-mål för besök eller öppet jämföra besök eller telefonkontakter per läkare eller sjuksköterska eller andra personalkategorier i sin verksamhetsstyrning. Samtidigt berättade att de hade använt volym-mål och jämförelser mellan medarbetare för att jämna ut prestationer och förbättra patientflöden på förekommen anledning då de hade upptäckt att det fanns stora skillnader i antal besök eller telefonkontakter. Detta motiverades på två sätt: dels att det upplevdes som orättvist bland medarbetare att vissa gjorde mer än andra och dels för att öka tillgängligheten.*

*”Jag har aldrig visat siffror på hur folk levererar och producerar. (AHG: Aldrig jämfört att du gör sju besök per dag, du gör åtta och du gör bara fem?) Nej sånt har jag aldrig gjort. Jag har väl kanske nämnt det i viss enskild styrning. Där man kanske har gett cred till någon i samband med löne- eller medarbetarsamtal. För att jag ser att de är produktiva och levererar mycket och så. Och på andra hållet, det mindre roliga hållet då för att liksom sitta med folk som jobbar för lite. Så är det ju, du kan ju inte inte göra det. För då kan någon sitta där och skura navelludd hela dagen. Det är nog på den nivån jag använder det. (AHG: Så du har inget måltal för besök?) Nej inte för enskilda medarbetare. Jag har bara budgetmålet där och vilken täckningsgrad vi ska upp till. Och försöker få folk att känna sig inspirerade att vi ska ha bra täckningsgrad och att vi ska försöka vara tillgängliga.” (Offentlig 2)*

*”Vi jobbar mer utifrån hur många patienter har vi, vi mäter ungefär hur många patienter som söker. Kan vi då matcha det? Hur många har vi på vänt som måste komma hit? Så försöker vi styra efter det. Men målen här försöker vi, jag pratar väldigt lite produktion utan mer att vi ska vara tillgängliga. Vi ska både ta emot när de behöver komma hit, vi ska svara i telefonen när alla ringer och vi ska ligga i fas när det gäller journalskrivning. För sköter vi det så kommer det andra. ... Vi har haft en period när vi har sköterskor, jag såg ju att de svarade i telefon otroligt ojämnt. Då blir ju vissa väldigt frustrerade, de ser ju inte det i siffror men de känner ju det, att jag svarar och svarar men det händer inget med kön, vad gör de andra? Då kan jag lyfta det. Då kan jag säga så här ”det här ser jag, att någon tar 40 samtal på en förmiddag och någon tar 20, vad beror det här på?”. Varför är det så olika och hur kan vi göra för att minska det. Mer utifrån det, ett stöd i att accelerera eller så.” (Offentlig 1)*

*”Vi drar ut statistik, besöksstatistik, och telefonkontaktsstatistik varje månad. Och jämför. Då har vi inga krav på att man ska toppa, man ska ligga inom en normalfördelning.” (Privat grupp 1)*

På frågan ”Vad kan förklara skillnader i produktion mellan mottagningar?” svarade verksamhetscheferna att förekomst av rutiner och strukturer är viktigt. Detta innefattar såväl rutiner för triagering som ett bra administrativt bokningssystem.

*”Vi hade ju en ny läkare här som brann för schemafrågor när de andra gick i pension och började trappa ner sin verksamhet. Då la vi om hela sättet att jobba på, vi la om schemat alltså. Då ökade vi med, om det var 230 besök i månaden. Fler läkarbesök för att vi la om schemat. Så vi gjorde ett effektivare schema utan att läkarna behövde springa fortare. Utan den som tog över schemat var också väldigt lyhörd för att ställa frågan ”Hur går det för dig? Tycker du att det är rätt nivå? Har du rätt krav på dig? Är det alldeles för mycket måste du säga till.” Så den dialogen han hade, den funkade bra. Han fångade in hur de faktiskt tycker det går och ändå är det ett schema som ser helt annorlunda än för ett par år sedan.” (Offentlig 5)*

## **KVALITETS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE**

Samtliga verksamhetschefer berättade att de arbetar med kvalitets- och förbättringsarbete på flera olika sätt. Gemensamt för alla var att arbeta med förbättringsområden eller att lösa problem som identifieras av medarbetare på ett reaktivt sätt.

*”Vi jobbar så att vi har en utvecklingsgrupp där professionerna har varsin representant. Vi träffas var 14:e dag. Sen jobbar vi då utifrån olika saker. Dels jobbar vi utifrån avvikelser som kommer in, vad är det som inte har fungerat, men vi har också något som vi kallar förbättringstavla. Där personalen sätter upp ”det här har hakat upp sig”. Då tar vi det i gruppen och så sätter vi oss och ser hur vi ska jobba kring detta.” (Offentlig 1)*

På frågan ”Vad kan förklara skillnader i kvalitet mellan mottagningar?” svarade verksamhetscheferna att transparens i verksamheten, ett tillåtande ledarskap där medarbetare tillåts testa nya idéer, kontinuitet i personalgruppen samt strukturer och rutiner för att identifiera förbättringsområden och data för att kunna mäta effekter av förändringar är viktigt för att lyckas uppnå god kvalitet. Gemensamt för alla intervjuade chefer var en syn att medarbetare ska involveras i så hög utsträckning som möjligt i kvalitets och utvecklingsarbete. Flera

verksamhetschefer beskrev sin roll i termer av att uppmuntra medarbetare i att våga testa nytt och att underlätta ett strukturerat förbättringsarbete.

*”Jag är alltid inbjudande till att man vågar komma med idéer och jag låter medarbetarna testa. Även om jag inte alls tror på den idén så låter jag de testa, sätta mig på händerna och bara titta på. Ibland så går det åt skogen. ... Och ibland så går det faktiskt jättebra och då blir ju det försöket sedan fast så att säga.” (Offentlig 5)*

*”Det är alltid bäst om [förbättringsförslagen] kommer från medarbetarna själva. Men ibland tvingas man göra lite annat också. Vi har strukturerat, det har jag varit med och jobbat fram för flera år sedan, ett system för förbättringsplaner. Liksom ett papper med det här vill jag genomföra, syftet ska vara detta, vem är ansvarig, vilket datum och när ska det följas upp. Så sätter vi in det i en pärm och går igenom då och då på APT. Så kan vi också följa upp när vi har planeringsdag vad man har gjort för förändringar.” (Offentlig 2)*

Verksamhetscheferna menade att det är svårt att arbeta proaktivt med kvalitets- och utvecklingsarbete om det inte finns tillräckligt med luft i och bra upparbetade rutiner för den ordinarie verksamheten. Ett annat hinder som lyftes fram var detaljerad och kortsiktig extern styrning. Förändringsarbete tar lång tid och då är det viktigt att det finns en långsiktighet i planeringen, inklusive uppdraget från beställaren så att verksamheten inte behöver ställa om till nya förutsättningar alltför ofta. Som exempel på detaljerad styrning tog många upp målbaserad ersättning (p4p), vilket upplevs skapa kortsiktighet och rikta fokus mot några få områden medan annat som kan vara viktigare riskerar att få stå tillbaka. Att den målbaserade ersättningen som infördes i samband med vårdvalet togs bort för några år sedan upplevs som positivt bland de intervjuade verksamhetscheferna. Ett tredje hinder som lyftes fram var bristande kontinuitet i personalgruppen, vilket leder till att fokus måste läggas på att hålla ihop den dagliga verksamheten och detta i sin tur försvårar långsiktiga förändringar och förbättringar.

Vad gäller förekomst av stöd för att genomföra kvalitets- och förbättringsarbete varierar förutsättningarna med hänsyn till ägarskap. Verksamhetschefer för privata vårdcentraler som tillhör en grupp menade att de hade gott stöd från ägaren främst i form av tillgång till kvalitetsdata för benchmarking och utvecklingsdialog – antingen vid behov eller som ett strukturerat återkommande inslag. Även verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler menade att de har god tillgång till data för benchmarking (genom styrkortet) men upplever

avsaknad av externt stöd för att tolka data. Benchmarking mellan vårdcentraler i gruppen eller förvaltningen upplevs vara till god hjälp för att utjämna skillnader i kvalitet mellan vårdcentraler och för att hitta goda exempel på vårdcentraler som lyckas väl i olika aspekter att lära från.

*”Vi har data för alla vårdcentraler och det kommer då en gång i månaden. Alla offentliga vårdcentraler i området. Så detta är ett jättebra dokument för att se hur andra ligger till och kunna nyttja goda exempel.” (Offentlig 5)*

Verksamhetschefen för den enskilda privata vårdcentralen upplevde närmast total avsaknad av externt stöd för den typen av arbete.

*”Så är det att driva privat [enskild] verksamhet. Du har inte samma stöd, men å andra sidan har du en frihet.” (Privat enskild)*

#### **VERKSAMHETSCHEFERS SYN PÅ SKILLNADER MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA VÅRDCENTRALER**

Verksamhetschefernas svar på frågan ”Har du några funderingar kring skillnader mellan privata och offentliga mottagningar vad gäller styrning och ledning?” gav en ganska samstämmig bild inom grupperna verksamhetschefer för privata respektive offentliga vårdcentraler.

Verksamhetscheferna för de offentliga vårdcentralerna menade att privata vårdcentraler har det lättare än offentliga. De har kortare beslutsvägar och behöver inte ta ansvar för ”svåra” medarbetare. Samtidigt har de större krav på hög produktion än offentliga vårdcentralerna. Offentliga vårdcentraler har å andra sidan bättre kvalitet och fokuserar mer på kompetensutveckling, enligt verksamhetscheferna för de offentliga vårdcentralerna.

*”På ett vis är det ju utmaningar [att vara en offentlig vc]. Det är massa saker som jag bara är tvungen att, alltså jag har ju ett helt regel- och policyverk. Jag är kund hos regionfastigheter och det finns massa saker jag inte kan välja. Sen å andra sidan i en stor koncern som Capio så kan man inte välja så mycket heller. Men det är klart att det hade varit friare att vara helt ensam.” (Offentlig 2)*

*”Jag tror att de har lite snabbare beslutsvägar och så [vid privata VC]. Styr om lite kvickare. Sen uppfattar jag ju också att de styr undan en del som kanske är lite jobbigt och svårt och obekvämt. Som ju inte vi alls gör. Det upplevde jag, jag var ju chef ett tag i [en annan*

ort], där vi blev kontaktade av patienter som den privata vårdgivaren inte tog hand om helt enkelt.” (Offentlig 1)

”De ställer väl andra produktionskrav uppfattar jag. Några av våra medarbetare, inte många men några i alla fall, har testat men sen kommit tillbaka. För vi är ändå noga med att man ska få kompetensutveckling, få lov att gå på möten, fortbildningar. Är du heltidsdoktor då har du nio timmars administration i ditt schema. Andra privata enheter har jag hört att där får man sitta och administrera efter arbetet. Men jag kan inte väldigt mycket om det, men jag hör både och. Det är väl fördelar med att jobba privat och säkert nackdelar också. ... Det är också skillnad i förskrivning av läkemedel. Det har vi sett på, vi har ju läkemedelskonsulter som är här och apotekare som berättar om förskrivningen av antibiotika. Då har jag sett att privata kan ligga skyhögt. Vi har stramat oss till att vi ska vara restriktiva med antibiotikaförskrivning medan privata enheter kan ligga skyhögt i det. Vi andra försöker liksom hålla igen för att hålla oss till riktlinjerna som finns.” (Offentlig 5)

Verksamhetscheferna för de privata vårdcentralerna instämde i att det är kortare beslutsvägar, mer flexibelt och lättare att införa förändringar vid privata vårdcentraler, men inte i att kvaliteten och följsamheten till förskrivningsriktlinjer är bättre bland offentliga.

”(AHG: Är det lättare eller svårare att styra en privat vårdcentral? Har ni bättre förutsättningar än en offentlig vårdcentral?) Mycket bättre. (AHG: Varför det?) Vi är fria. Fria i att organisera på ett sätt som är helt otänkbart i regionen.” (Privat grupp 1)

En verksamhetschef vid en privat vårdcentral bekräftade synen från verksamhetscheferna vid de offentliga vårdcentralerna att privata inte har samma ansvar för ”svåra” medarbetare. Verksamhetschefen menade att det är en fördel att inte behöva ta emot personal som ska omplaceras.

#### **4.2.2 MÅL OCH VERKSAMHETSSTYRNING BLAND VÅRDCENTRALER I ESBO, TAMMERFORS OCH JYVÄSKYLÄ**

##### **UPPDRAGET UPPFATTAS SOM TYDLIGT MEN GRÄNSSNITT SOM OTYDLIGA**

Liksom i det svenska fallet svarade samtliga intervjuade verksamhetschefer vid de finska vårdcentralerna som ingår i studien ”Ja” på frågan ifall de uppfattar uppdraget med sin verksamhet som tydligt. Vad gäller gränssnitt mot annan hälso- och sjukvård uppfattas detta generellt som tydligt gentemot specialiserad vård vid sjukhus men otydligt gentemot kommunal omsorg och förebyggande hälso- och sjukvård. Ett problem som lyftes avseende specialiserad vård vid



sjukhus är dock att villkoren för samverkan ofta bestäms ensidigt från sjukhusens sida. Vad gäller samverkan med andra kommunala insatser har det skett en positiv utveckling över tid, enligt de intervjuade verksamhetscheferna. Ett exempel på detta är att omsorgspersonal tidvis varit stationerad vid vårdcentraler vilket har skapat en större förståelse för varandras arbete och underlättat omhändertagandet av patienter med sjukdomar eller andra problem där en samordning mellan primärvård och omsorgsinsatser är viktigt.

#### **VERKSAMHETSMÅLEN SÄTTS PÅ EN ELLER TVÅ NIVÅER**

I jämförelse med svaren från de svenska verksamhetscheferna gav de finska verksamhetscheferna i större utsträckning uttryck för att verksamhetsmål sätts externt. För privata vårdcentraler sätts mål på två nivåer: från beställaren (kommunen) och ägaren (koncernen). För offentliga vårdcentraler sätts mål på förvaltningsnivå.

Stora skillnader i uppfattningar om tydlighet i verksamhetsmål noterades mellan verksamhetschefer för privata och offentliga vårdcentraler. För privata vårdcentraler är målen generellt tydligt formulerade och följs upp regelbundet genom olika prestationsmått. En verksamhetschef för en privat vårdcentral uttryckte det såhär:

*”Vi har 12 målpoäng kopplat till olika kvalitetsindikatorer som varje enskild anställd kan redovisa i sömnen.”*

Uppfattningen bland verksamhetscheferna för offentliga vårdcentraler är att målen är mer vagt formulerade. Prestationsmätning används generellt inte för strukturerad uppföljning av måluppfyllelse vid offentliga vårdcentraler. Endast i en av de tre studerade kommunerna används prestationsmätning av förvaltningen för att planera och följa upp arbetet vid vårdcentralerna på ett strukturerat sätt, enligt de intervjuade verksamhetscheferna.

Att mål sätts lokalt på varje vårdcentral verkar inte vara vanligt förekommande, enligt de intervjuade verksamhetscheferna. Däremot gav några verksamhetschefer uttryck för att de i viss mån själva väljer vilka områden som ska prioriteras olika år eftersom de externt uppsatta målen upplevs som för många och omöjliga att fokusera på samtidigt. Däremot är den generella bilden från intervjuerna att verksamhetscheferna inte uppfattar att de olika målen står i konflikt med varandra. Liksom i fallet med de svenska verksamhetscheferna

menade de att en god effektivitet är viktig för att uppnå andra målsättningar såsom god tillgänglighet, kvalitet, lyhörddhet, kontinuitet och kostnadskontroll.

#### **UTFORMNING AV STYRMODELLEN OCH ANVÄNDNING AV STYRVERKTYG**

Verksamhetsstyrningen vid samtliga finska vårdcentraler som ingår i studien kännetecknas mer av direkt än indirekt styrning. Endast en av de intervjuade verksamhetscheferna nämnde att riktlinjer var en viktig del i den interna styrningen. Dialog framstår som verksamhetschefers viktigaste styrverktyg i den interna styrningen av finska vårdcentraler. Regelbundna möten där olika frågor som rör verksamheten diskuteras förekommer i mycket stor utsträckning vid samtliga vårdcentraler i urvalet, enligt intervjuerna. Strategiska frågor diskuteras sällan vid dessa möten eftersom strategiska målsättningar sätts externt. Fokus ligger på den dagliga operativa verksamheten.

Principer för styrning och ledning varierar mellan privata och offentliga vårdcentraler, enligt verksamhetscheferna. Formella roller, ansvarsfördelning och rutiner för den dagliga verksamheten framstår som tydligare vid privata vårdcentraler. Ledningsfunktioner är också mer utvecklade bland privata vårdcentraler där chefer får mer ledarskapsutbildning och -utveckling jämfört med vid offentliga vårdcentraler.

Prestationsmätning och regelbunden återkoppling av utfall på individnivå i relation till uppsatta mål förekommer i stor utsträckning bland privata vårdcentraler. Känslan som verksamhetscheferna för de privata vårdcentralerna förmedlade vid intervjuerna var att de har tillgång till uppdaterad information om sina medarbetares prestationer kontinuerligt. Medarbetare får feedback på sina prestationer kontinuerligt i grupp och individuellt, till exempel avseende väntetider, antal producerade besök och antal remisser till sjukhus. Bland offentliga vårdcentraler förekommer den typen av återkoppling mer sällan och då generellt på vårdcentralsnivå snarare än individnivå.

Vid intervjuerna fick verksamhetscheferna frågan om ifall de använder belöningar och/eller bonusar för att motivera medarbetare. Verksamhetschefer vid offentliga vårdcentraler svarade att de använder små belöningar i grupp, till exempel biobiljetter, biljetter till sportevenemang eller gemensam brunch. Verksamhetschefer för privata vårdcentraler svarade att förekomsten av den sortens incitament är ganska liten och består främst av små prestationsbaserade bonusar.

## PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET

På frågan ”Hur arbetar ni med produktion och produktivitet?” svarade de flesta verksamhetscheferna att de har volym-mål i termer av ett genomsnittligt antal besök eller patientkontakter som deras läkare har på en dag. I allmänhet varierar antalet beroende på läkarens erfarenhetsnivå, där mer erfarna i allmänhet har högre volymmål. Verksamhetscheferna resonerade kring att det är problematiskt med den typen av produktionsmål eftersom volymer av besök inte tar hänsyn till innehållet i besöken. Likaväl används den typen av mål och mått för att styra den dagliga verksamheten vid vårdcentralerna.

Liksom vid de svenska vårdcentralerna används triage-system för att uppnå en effektiv användning av resurser (personal) och korta väntetider. Fördelningen mellan andel läkarbesök och andel sjuksköterskebesök skiljer sig mellan offentliga och privata vårdcentraler, enligt de intervjuade verksamhetscheferna. Vid privata vårdcentraler ansvarar sjuksköterskor för en större del av arbetet vid vårdcentralen. Vid privata vårdcentraler tillämpas striktare riktlinjer för triagering och arbetet organiseras i hög utsträckning i team, som inkluderar sjuksköterskor och läkare. På så sätt överförs kunskap mellan läkare och sjuksköterskor och personalen får bättre kännedom och förtroende för varandras kompetenser, menade verksamhetscheferna. Den första kontakten för patienter är vanligen en sjuksköterska och sedan konsulteras läkare vid behov. Det finns alltid en läkare avsatt för konsultation och uppgifter som kräver deras formella kompetens, såsom förnyelse av recept eller utfärdande av intyg. I de fall en patient behöver träffa en läkare förbereder sjuksköterskan så långt som möjligt för att spara tid för läkarna. Eftersom läkarna tenderar att vara den dyraste resursen leder detta till en mer effektiv resursanvändning, enligt de intervjuade verksamhetscheferna.

Vid offentliga vårdcentraler tillämpas mindre strikta riktlinjer för triagering och detta bidrar till att läkare tar en större andel av alla besök jämfört med vid privata vårdcentraler. Samtidigt leder detta till att det är längre väntetid till läkarbesök hos offentliga än privata vårdcentraler, menade verksamhetscheferna för de offentliga vårdcentralerna. En ytterligare faktor som nämndes i sammanhanget att det är kortare väntetider till läkarbesök vid privata vårdcentraler är att dessa är mer framgångsrika när det gäller att rekrytera erfarna läkare. Verksamhetscheferna för de offentliga vårdcentralerna förklarade att en av de största utmaningarna de står inför är att rekrytera läkare.

## **KVALITETS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE**

Verksamhetschefer för privata vårdcentraler gav uttryck för att det finns en tydlig känsla av samhörighet i gruppen av vårdcentraler som tillhör samma koncern och att denna sätter vissa gränser för hur arbetet kan bedrivas vid vårdcentralen, inklusive vilka förändringar som är möjliga att införa. Samtidigt menade de att de har stora frihetsgrader att införa nya metoder och arbetssätt så länge de uppfyller ägarnas målsättningar, det vill säga en upplevelse av stor flexibilitet i att lägga upp arbetet på bästa sätt för att uppnå olika målsättningar. Vid privata vårdcentraler används benchmarking i stor utsträckning aktivt för att jämföra prestationer och hitta goda exempel inom den egna koncernen men också gentemot andra aktörer i Finland och internationellt. Benchmarking framstår som ett av de viktigaste verktygen för att identifiera och implementera nya metoder och förbättringar i verksamheten bland privata vårdcentraler, baserat på intervjuerna med verksamhetschefer.

Bland de offentliga vårdcentralerna vittnade verksamhetschefernas svar om en större variation i hur arbetet med kvalitets- och förbättringar bedrivs. Benchmarking nämndes över huvud taget inte som ett verktyg för att arbeta med dessa frågor. Styrningen från förvaltningen framstår som avgörande för möjligheten att arbeta med innovationer och förändringar vid offentliga vårdcentraler. Några verksamhetschefer vittnade om att kommunen där de verkar har en uttalad ambition att vårdcentralerna ska fungera på ett likartat sätt vilket innebär att det är svårt att införa förändringar och ta till sig innovationer vid enskilda vårdcentraler. Andra verksamhetschefer vid offentliga vårdcentraler menade att de känner sig ganska fria i att införa förändringar och prova nya arbetssätt. De gav dock inga konkreta exempel på hur de arbetar med att främja innovationer och kvalitetsförbättringar.

## **VERKSAMHETSCHEFERS SYN PÅ SKILLNADER MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA VÅRDCENTRALER**

Liksom i fallet med de svenska verksamhetscheferna uttryckte de finska verksamhetscheferna en samstämmig bild i att privata vårdcentraler har kortare beslutsvägar, är mer flexibla och har lättare att implementera förändringsarbete. Som exempel nämnde verksamhetschefer för både privata och offentliga vårdcentraler att privata aktörer ligger före de offentliga vad gäller utvecklingen av digitala lösningar.

Att privata vårdcentraler är mindre än offentliga beskrevs som en viktig anledning till att de tenderar att vara mer flexibla bland de intervjuade finska verksamhetscheferna. En annan anledning som nämndes är att verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler har sämre möjligheter att påverka rekryteringen av nya medarbetare eftersom den typen av beslut oftast fattas på förvaltningsnivå. Det innebär också att det är svårare för offentliga vårdcentraler att aktivt ändra mixen av kompetenser bland medarbetare.

Verksamhetscheferna gav uttryck för att medarbetare vid offentliga vårdcentraler jämfört med privata anser att deras uppdrag gentemot befolkningen är mer omfattande. Verksamhetscheferna för de offentliga vårdcentralerna menade att de tillhandahåller tjänster som inte ingår i primärvårdens uppdrag men väl i kommunens. Privata vårdcentraler, däremot, kan fokusera mer på vårdcentralens kärnverksamhet. Som exempel nämndes att offentliga vårdcentraler kan ha en informationsdisk där människor kan fråga bland annat om tidtabeller för bussar.

#### **4.2.3 SAMMANFATTNING AV RESULTAT FRÅN INTERVJUERNA MED FINSKA OCH SVENSKA VERKSAMHETSCHEFER**

I tabell 7 visas en sammanfattning av resultatet från intervjuerna med verksamhetschefer i den finska och svenska kontexten med utgångspunkt i Malmi och Browns (2008) beskrivning av verksamhetsstyrning som ett ”Management Control Package”. Som figuren visar finns det såväl likheter och skillnader mellan de båda länderna. Dessa diskuteras i nästa kapitel.

**Tabell 7. Styrning ledning vid vårdcentraler i Sverige och Finland.**

	<b>Sverige</b>	<b>Finland</b>
Planering	Verksamhetsmål sätts på beställarnivå, förvaltnings/ägar-nivå och lokalt. Verksamhetens övergripande mål uppfattas som tydligt men gränssnitt gentemot andra (psykiatri och kommunala insatser) upplevs som otydligt. Målen är kända i samma utsträckning bland verksamhetschefer i privat som offentlig regi. Få eller inga målkonflikter.	Verksamhetsmål sätts på beställarnivå och ägarnivå/top-management för privata vårdcentraler och på förvaltningsnivå för offentliga vårdcentraler. Verksamhetens övergripande mål uppfattas som tydligt men gränssnitt gentemot andra (andra kommunala insatser) upplevs som otydligt. Verksamhetsmål är mer kända i privat än offentlig regi. Få eller inga målkonflikter.
Budgetar	Sätts externt av beställare och förvaltning/ägare men följs upp noga internt. Ingen skillnad mellan privata och offentliga vad gäller medvetenhet om budgetrestriktioner.	Sätts i förvaltningen för offentliga vårdcentraler. Sätts av beställaren på grupp-nivå för privata vårdcentraler och sedan på vårdcentral-nivå av ägare/top-management. Större medvetenhet om finansiella förutsättningar bland privata vårdcentraler.

Finansiella mätsystem	Används i hög utsträckning på ledningsnivå men kommuniceras generellt inte tydligt bland medarbetare i organisationen, gäller både privata och offentliga vårdcentraler.	Används i hög utsträckning på ledningsnivå bland både privata och offentliga vårdcentraler. Finansiella mål och mått kommuniceras i högre utsträckning bland privata än offentliga vårdcentraler.
Icke-finansiella mätsystem	Processmått och patientnöjdhetsmått som används i extern uppföljning används i hög utsträckning och kommuniceras i verksamheten – dock inte utfall på individnivå. Andra mått används i viss utsträckning. Benchmarking bland både privata och offentliga vårdcentraler för att jämföra prestationer.	Processmått och patientnöjdhetsmått som används i extern uppföljning används i hög utsträckning och kommuniceras i verksamheten. Användning av mål och mått förekommer i högre utsträckning bland privata än offentliga vårdcentraler. Benchmarking sker bland privata vårdcentraler för att förbättra prestationer.
Belöningar och bonusar	Kollektiv belöning när mål uppnås. Fika! Enskilda kan belönas i individuella utvecklings- och lönesamtal.	Kollektiv belöning när mål uppnås. Sportevenemang eller middag! Enskilda kan belönas i individuella utvecklings- och lönesamtal men också löpande med presentkort eller biobiljetter.
Policyer och tillvägagångssätt	Den interna styrningen påverkas starkt av externa krav från finansär, ägare/förvaltning och medicinska riktlinjer. Nationella riktlinjer etc. styr i hög utsträckning den dagliga verksamheten. Långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter till legitimerad personal. Främst indirekt styrning i dagliga verksamheten.	Den interna styrningen påverkas starkt av externa krav från finansär, ägare/förvaltning och medicinska riktlinjer. Nationella riktlinjer etc. styr i hög utsträckning den dagliga verksamheten. En blandning av direkt och indirekt styrning i dagliga verksamheten.
Organisationsstruktur	Två eller tre nivåer. Offentliga vårdcentraler: beställare (region), förvaltning och enskild vårdcentral. Privata vårdcentraler (grupp): beställare (region), ägare/top management och enskild vårdcentral. Privata vårdcentraler (enskilda): beställare (region) och enskild vårdcentral.	Två eller tre nivåer. Offentliga vårdcentraler: förvaltning och enskild vårdcentral. Privata vårdcentraler (grupp): beställare (kommun), ägare/top management och enskild vårdcentral.
Ledningsstruktur	En verksamhetschef är vanligast. Större vårdcentraler har även enhetschefer för att dela på personalansvar. Verksamhetschefer har företrädesvis bakgrund som sjuksköterska. Bakgrund som läkare är vanligare bland privata än offentliga vårdcentraler. Där verksamhetschefen inte har bakgrund som läkare involveras medicinskt ansvarig läkare i hög utsträckning i arbetet med att leda och styra.  På administrativ ledningsnivå (ägare och förvaltning) har chefer bakgrund som ekonomer och läkare.	Verksamhetschefer har bakgrund som läkare bland både offentliga och privata vårdcentraler. Enhetschef eller liknande med sjuksköterskebakgrund är vanligt förekommande för att leda sjuksköterskornas arbete.  På administrativ ledningsnivå har chefer för privata ägare bakgrund som ekonomer och i offentlig förvaltning som läkare.
Klaner	Starka professionella roller.	Starka professionella roller.
Värderingar	Tillit till att professionalism och en stark etisk kompass i yrkesutövandet är grundläggande i styrningen. Hjälper att balansera mellan olika målsättningar.	Tillit till att professionalism och en stark etisk kompass i yrkesutövandet är grundläggande i styrningen. Hjälper att balansera mellan olika målsättningar.

# Kapitel 5

## ANALYS & DISKUSSION

### 5.1 ANALYS OCH DISKUSSION AV EMPIRISKA RESULTAT

I den här studien jämför vi vårdcentralers egenskaper och hur styrning och ledning går till vid vårdcentraler i Sverige och Finland baserat på tillgängliga registerdata och intervjuer med ett urval verksamhetschefer vid vårdcentraler i Sverige (Malmö-området) och Finland (Esbo, Tammerfors och Jyväskylä). Resultaten från visar att det finns såväl skillnader som likheter i verksamhetscheferns syn på sin styrning med hänsyn till sätt att organisera primärvård i de båda länderna och med hänsyn till om vårdcentraler drivs i privat eller offentlig regi. Studiens resultat visar också att det finns skillnader i olika egenskaper mellan privata och offentliga vårdcentraler i de båda kontexterna.

#### SKILLNADER I EGENSKAPER MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA VÅRDCENTRALER I FINLAND OCH SVERIGE

Det är generellt svårt att jämföra egenskaper och prestationer mellan hälso- och sjukvårdssystem i olika länder eftersom sjukvårdens organisation och de parametrar som följs upp och sammanställs i nationella register ofta definieras och/eller beräknas på olika sätt i olika länder. Denna utmaning gäller även för jämförelser mellan vårdcentraler i Finland och Sverige. Några skillnader kan dock noteras baseras på tillgängliga registerdata för de 155 vårdcentralerna som är lokaliserade i Region Skåne och de 33 vårdcentralerna som är lokaliserade i de tre finska kommunerna Esbo, Tammerfors och Jyväskylä.

Verksamhetschefernas bakgrund skiljer sig åt i Finland och Sverige. I det svenska urvalet är verksamhetscheferna oftast sjuksköterskor medan de i Finland är läkare. Ledarskapet delas på ett likartat sätt i de båda länderna: Läkare (verksamhetschef i Finland, medicinskt ansvarig eller verksamhetschef i Sverige) ansvarar för gruppen av läkare på vårdcentraler och sjuksköterskor (verksamhetschef eller enhetschef i Sverige, enhetschef i Finland) ansvarar för sjuksköterskorna. På ägarnivå har chefer företrädesvis en administrativ bakgrund i både Finland och Sverige. Bakgrunden bland chefer på

förvaltningsnivå är mer blandad mellan administrativ och klinisk (sjuksköterska eller läkare).

Privata vårdcentraler är mindre än offentliga i både Finland och Sverige. Skillnaden i storlek mellan privata och offentliga vårdcentraler är dock mindre i Sverige än Finland. Antalet besök per listad patient är högre i det svenska urvalet än i det finska och andelen läkarbesök av alla besök är marginellt högre i Finland än Sverige. I Sverige har privata vårdcentraler en bättre läkarbemanning än offentliga: en större andel av verksamhetscheferna är läkare och såväl kontinuitet i läkarbesök som andelen läkarbesök är högre bland privata vårdcentraler. Tvärtemot i Sverige är andelen läkarbesök något högre bland offentliga än privata vårdcentraler i det finska urvalet. I det svenska urvalet av vårdcentraler finns det inte någon skillnad i patientupplevd kvalitet, inklusive tillgänglighet, med hänsyn till ägandeform förutom för dimensionen kontinuitet där privata vårdcentraler presterar bättre. I Finland är den patientupplevda kvaliteten högre bland offentliga vårdcentraler medan tillgängligheten, mätt som de tredje tillgängliga tiden för att få träffa en allmänläkare, är bättre vid privata vårdcentraler.

Både finska och svenska verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler menade att de har ett mer omfattande ansvar för sina patienter än privata vårdcentraler som kan undvika en del svåra uppgifter. Bland svenska verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler uttrycktes detta som att privata vårdcentraler kan undvika såväl svåra personalärenden som svåra patienter, vilka då blir den offentliga vårdens ansvar. Verksamhetscheferna för privata vårdcentraler delade inte alls synen att de tar ett mindre ansvar för sina patienter. Bland finska verksamhetschefer – för både privata och offentliga vårdcentraler – uttrycktes detta som att privata vårdcentraler kan fokusera mer på kärnverksamheten att bedriva primärvård som svarar mot behovet bland deras patienter. Offentliga vårdcentraler tenderar att utföra mer arbete utanför kärnverksamheten, sådant arbete som tillhör kommunens ansvarsområde men inte primärvårdens uppdrag. I det finska urvalet finns också vissa indikationer på att offentliga vårdcentraler tar ett större medicinskt ansvar för sina patienter i tillgängliga registerdata, till exempel att offentliga vårdcentraler genomför fler röntgenundersökningar än privata vårdcentraler och privata vårdcentraler remitterar fler patienter till specialister vid sjukhus än offentliga vårdcentraler.



## **SKILLNADER I STYRNING MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA VÅRDcentralER ÄR STÖRRE I FINLAND ÄN SVERIGE**

Svenska verksamhetschefers syn på skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler tycks vara större än faktiska skillnader – åtminstone vad gäller verksamhetens mål och vilka interna styrverktyg som används. Resultaten tyder på att skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler är större i Finland än i Sverige. Till exempel är mål och mått för verksamheten kända och medvetenhet om budgetrestriktioner lika stor bland privata som offentliga vårdcentraler i Sverige medan denna kunskap och medvetenhet är större hos privata vårdcentraler i Finland. Resultatet är inte förvånande och hänger rimligtvis samman med skillnader i sätt att organisera primärvård i de båda länderna. Valfrihetssystemet i Sverige ger samma villkor för privata och offentliga där till exempel resurser till respektive vårdcentral fördelas på samma sätt oavsett driftsform. En mix av vård i egen regi (förvaltning) och upphandlad privat vård ger olika förutsättningar för privata och offentliga i Finland. Resurser tilldelas privata vårdcentraler på gruppnivå i Finland och per vårdcentral, oavsett driftsform, i Sverige. Verksamhetsmål påverkas i stor utsträckning av beställare och ägare/förvaltning i båda fallen. Bland svenska vårdcentraler tycks vårdcentralerna själva vara med och påverka konkreta mål för verksamheten i större utsträckning än i Finland. Mål och mått är kända bland både privata och offentliga vårdcentraler i Sverige medan de i högre utsträckning är kända bland privata vårdcentraler i Finland. Förekomst av prestationsmätning, inklusive benchmarking, används i hög utsträckning bland privata och offentliga vårdcentraler i Sverige. I Finland är det främst privata vårdcentraler som använder detta. Finansiella mål och mått kommuniceras till medarbetare i större utsträckning bland privata än offentliga vårdcentraler i Finland, men i viss mån även bland offentliga. I Sverige tycks finansiella mål och mått kommuniceras till medarbetare i mindre utsträckning än i Finland bland både privata och offentliga. Sådana mått översätts till tillgänglighet eller andra mått som är relevanta för legitimerad personal. Dock är medvetenheten om budgetrestriktioner hög bland verksamhetschefer vid både offentliga och privata vårdcentraler i Sverige.

### **KONTEXTEN PÅVERKAR INTERN STYRNING OCH LEDNING**

Verksamhetschefers interna styrning av vårdcentraler är avhängig den kontext i vilken de verkar, såväl den administrativa styrningen som den kultur som

präglar hälso- och sjukvård. Övergripande mål sätts externt av beställaren och regleras i avtal mellan regionerna och verksamhetschefer för såväl privata som offentliga vårdcentraler i Sverige. I Finland regleras uppdraget mellan kommunerna och privata vårdcentraler genom kontrakt som tecknas med respektive aktör som bedriver primärvård, det vill säga på grupp- eller ägarnivå och inte på vårdcentralnivå. För offentliga vårdcentraler definieras uppdraget inom den egna förvaltningen. Vad gäller tydlighet i uppdrag uppfattas detta på ett likartat sätt i Finland och Sverige: Uppdraget uppfattas som tydligt men gränssnitt gentemot annan vård som otydligt i båda fallen. Att gränssnittet gentemot kommunala omsorgsinsatser upplevs som otydligt i båda fallen är en intressant observation mot bakgrund av att det är samma huvudman som ansvarar för både primärvård och omsorg i Finland medan det i Sverige är regionerna som ansvarar för primärvård och kommunerna för omsorg. Detta kan hänga samman med att primärvårdens roll ofta definieras i termer av sin plats i hälso- och sjukvårdssystemet snarare än en definition av dess uppgifter (Starfield 2005).

Den interna styrningen är starkt påverkad av externa krav från beställare och ägare/förvaltning samt nationella behandlingsriktlinjer i båda fallen. Externa krav verkar dock upplevas som mindre tvingande bland svenska verksamhetschefer jämfört med finska. Den enskilda vårdcentralen tycks mer involverad i utformning av mål för verksamheten i Sverige jämfört med Finland. Även om övergripande mål sätts på beställar- och ägar-/förvaltningsnivå i Sverige upplever verksamhetschefer att de kan påverka de verksamhetsspecifika målen i hög utsträckning. Verksamhetschefer vid vårdcentraler väljer själva i stor utsträckning hur de ska prioritera mellan olika målsättningar och agerar filter gentemot den externa styrningen från beställare och förvaltning för att skapa långsiktighet i den interna styrningen. I Finland tycks målen från beställare och ägare (privata) och förvaltning (offentliga) upplevas som mer tvingande. Sammantaget gav intervjuerna med verksamhetscheferna ett intryck av att primärvården är mer toppstyrd i Finland än i Sverige. Svenska chefer tycks fokusera mer på delaktighet och att beslut ska fattas tillsammans med personal som jobbar med patienter.

#### **SYNEN PÅ DEN EGNA STYRNINGEN OCH ANVÄNDNING AV PRESTATIONSDATA**

Synen på den egna styrningen bland verksamhetschefer i skånsk primärvård ligger nära det som Adler och Borys (1996) kallar "enabling bureaucracy", det

vill säga en hög grad av formalisering och en möjliggörande roll. Samtliga intervjuade svenska verksamhetschefer beskrev att deras interna styrning och ledning vilar på en tillit till legitimerade medarbetares drivkrafter, professionella omdöme och "etiska kompass". Styrning och ledning kan betraktas som indirekt snarare än direkt; att säkerställa att det finns rutiner och riktlinjer för den dagliga verksamheten och uppföljning med hjälp av prestationsmått. En hög grad av uttalade regler, procedurer och instruktioner i termer av behandlingsriktlinjer och fastställda rutiner upplevs som viktigt men samtidigt ska medarbetare involveras i beslutsfattande och formulering av sådana rutiner i stor utsträckning. Enligt Simons (1995; 2000) klassificering kan verksamhetschefernas syn på den egna styrningen bäst beskrivas som en kombination av diagnostiksystem och interaktivt kontrollsystem. Prestationsmätning är en central del i den interna styrningen och används för att mäta hur vårdcentralen ligger till i förhållande till externa och interna mål och för att visa på skillnader mellan verksamheter, till exempel genom öppna jämförelser eller benchmarking. Tanken hos verksamhetschefer är dock inte att vara begränsande utan att individer ska uppmuntras att vara delaktiga i beslut och processer som leder till att olika målsättningar uppfylls. Samtliga intervjuade svenska verksamhetschefer uttryck för att medarbetare är involverade i stor utsträckning i att ta fram verksamhetsspecifika mål. Både finansiella och icke-finansiella prestationsmått används men finansiella mått kommuniceras sällan i verksamheten. Prestationsmätning används för att motivera medarbetare baserat på den sortens mått som kan förstås ur perspektivet att möta behovet av öppenvård i sin listade befolkning i meningen att ge en god, säker och rättvis vård på lika villkor. I den mån belöningar förekommer är detta alltid på gruppnivå. Enskilda medarbetares prestationer redovisas – med få undantag – inte öppet. De finska verksamhetscheferna gav uttryck för en mer direkt styrning i den operativa verksamheten och mindre användning av riktlinjer. De finska verksamhetscheferna lyfte inte heller fram att personalen involveras i hög utsträckning i beslutsfattande. Vid privata vårdcentraler kan styrningen beskrivas i termer av diagnostiksystem där såväl finansiella som icke-finansiella prestationsmått följs upp och kommuniceras tydligt bland medarbetare. Vid offentliga vårdcentraler kännetecknas styrningen snarast av traditionell byråkratisk styrning där verksamhetens mål sätts högre upp i organisationen och möjligheterna att påverka verksamhetens inriktning lokalt framstår som begränsad.

Den data som finns tillgänglig för verksamhetschefer kan sorteras i olika kategorier. Alla verksamhetschefer har tillgång till den data som tillhandahålls av beställaren/finansiären (regioner i Sverige och kommuner i Finland). Det handlar om processmått som speglar den medicinska kvaliteten i form av följsamhet till behandlings- och forskningsriktlinjer och om patienters upplevelser av vården, mått som används i den externa uppföljningen av vårdcentraler med relativt långa tidsintervall. Nästa kategori handlar om data som tillhandahålls på gruppnivå av förvaltning (offentliga vårdcentraler) eller ägare (privata vårdcentraler i grupp). På denna nivå finns fler processmått som speglar medicinsk kvalitet men även finansiella mått. Den sista kategorin handlar om kvalitetsmått som finns i olika kvalitetsregister och som vårdgivare själva aktivt måste söka efter.

Användningen av data hänger samman med tillgång och möjlighet till stöd för att tolka den i båda länderna. Tillgången till data och stöd i att använda den i den interna styrningen verkar variera för olika vårdcentraler i relation till ägandeform. Bäst tillgång till data och stöd i att använda denna uttryckte verksamhetschefer för privata som tillhör en grupp i både Finland och Sverige. För dessa vårdcentraler finns antingen etablerade rutiner för ”audit and feedback” i gruppen eller god tillgång till stöd om det efterfrågas. För offentliga vårdcentraler gav intervjuerna med verksamhetschefer i de båda kontexterna en mer varierad bild. I det svenska (skånska) fallet finns god tillgång till data på förvaltningsnivå genom ett balanserat styrkort men stödet för att använda denna upplevs som dåligt. Gemensamt för privata vårdcentraler i grupp och offentliga vårdcentraler i Sverige var att verksamhetscheferna använder data i benchmarking för att utjämna skillnader i prestationer mellan vårdcentraler. Verksamhetschefer för privata enskilda vårdcentraler – där en mellannivå i organisationsstrukturen saknas - verkar ha sämst tillgång till bra data och sämst möjlighet att använda data i sin styrning samt vara mest begränsade av den externa styrningen från beställare. I Finland tycks inte benchmarking vara vanligt förekommande bland offentliga vårdcentraler men däremot bland privata i grupp.

Användning av data samt styrning för kvalitets- och förbättringsarbete verkar också variera beroende på verksamhetschefens bakgrund och vårdcentralens bemanning, enligt de svenska verksamhetscheferna. De två intervjuade verksamhetscheferna med bakgrund som läkare gav intryck att ett större intresse

att använda kliniska kvalitetsmått än verksamhetschefer med annan bakgrund. Vårdcentralers bemanning hänger samman med möjlighet att arbeta proaktivt. Vid en välbemannad vårdcentral med god kontinuitet i personalgruppen finns det bättre möjligheter att arbeta proaktivt med kvalitets- och förbättringsarbete jämfört med vid en dåligt bemannad vårdcentral där fokus i större utsträckning måste läggas på att klara av den dagliga verksamheten. Problem med bemanning leder ofta till svårigheter att uppnå god tillgänglighet och täckningsgrad för listade patienter vilket gör att styrningen måste fokuseras på att uppnå den typen av målsättningar i det korta perspektivet snarare än ett långsiktigt förbättringsarbete. Med en god bemanning finns utrymme att reflektera kring lösningar på identifierade brister men också mer proaktivt och långsiktigt med arbete med att ta hand om olika patientgrupper på bästa sätt.

### **FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR INNOVATIONER OCH FÖRÄNDRINGAR**

En skillnad mellan privata och offentliga vårdcentraler som gäller i båda kontexterna är att flexibiliteten att införa förändringar och innovationer/nya arbetssätt upplevs som större bland privata än offentliga vårdcentraler. Extern styrning inom ramen för offentlig förvaltning upplevs leda till ett mindre handlingsutrymme bland verksamhetschefer jämfört med extern styrning från ägare inom en grupp av privata vårdcentraler eller om vårdcentralen är en enskild privat aktör. På en övergripande nivå menade verksamhetscheferna för offentliga vårdcentraler att det är kortare beslutsvägar, mer flexibelt och lättare att införa förändringar vid privata vårdcentraler än vid offentliga. Verksamhetscheferna för de privata vårdcentralerna bekräftade detta synsätt. Samtliga intervjuade verksamhetschefer för privata vårdcentraler gav uttryck för att de åtnjuter en stor flexibilitet och har större frihetsgrader att utforma verksamheten och införa förändringar jämfört med offentliga vårdcentraler. Synen på förutsättningar för att införa förändringar och förbättringar vid den enskilda vårdcentralen varierade mer bland verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler: en del ansåg att de har goda förutsättningar att införa förändringar och arbeta med innovationer medan andra menade att de inte har stort utrymme för flexibilitet. Detta tyder på att när den externa styrningen upplevs som begränsande spelar intern styrning och ledning en mer central roll för hur väl man lyckas införa förändringar och ta till sig innovationer jämfört med om den externa styrningen upplevs som mer möjliggörande.

## 5.2 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Tidigare studier visar att jämförelser av primärvård mellan olika länder kräver ett stort mått av försiktighet eftersom begreppet och definitioner skiljer sig åt. Inte ens begreppen primärvård definieras på samma sätt i olika länder (Vårdanalys 2020). Den här studien bygger på jämförelser mellan vårdcentraler i två länder med ett skattefinansierat och i hög grad decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem. Primärvårdens uppdrag, dess andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser, principer för att ersätta vårdgivare samt principen om teambaserad primärvård är också likartade. Dock skiljer sig sättet att organisera primärvård åt mellan de studerade länderna, där vårdcentraler i Finland har ansvar för behovet av primärvård baserat på geografiskt upptagningsområde och vårdcentraler i Sverige för individer som valt att lista sig vid där.

Studien bidrar med en ökad förståelse för hur styrning och ledning i primärvården går till ur ett verksamhetsperspektiv samt vilka skillnader kan finnas mellan privata och offentliga vårdcentraler och med hänsyn till olika sätt att organisera primärvård. Resultaten tyder på att förutsättningar för verksamhetschefer att leda och styra vårdcentraler hänger samman mer med hur primärvården organiseras och med lokala förutsättningar vid vårdcentralen än om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi.

Ett resultat är att skillnaderna mellan privata och offentliga vårdcentraler – både vad gäller styrning och vad gäller egenskaper – är större i Finland än Sverige. De skillnader i egenskaper som framkom mellan privata och offentliga vårdcentraler i de tre finska kommunerna liknar sådana skillnader som observerades mellan privata och offentliga vårdcentraler i samband med vårdvalsreformen i svensk primärvård (se t.ex. Glenngård 2013b; Konkurrensverket 2010). Sedan vårdvalets införande 2007-2010 har skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler minskat. Som ett exempel hade offentliga vårdcentraler i genomsnitt nästan 3 000 fler listade patienter än privata vårdcentraler i Skåne år 2010. År 2019 var motsvarande siffra 1 100 listade. Ett annat exempel är att skillnader i diagnostyngd mellan privata och offentliga vårdcentraler har jämnat ut sig i skånsk primärvård. År 2010 var diagnostyngden högre bland privata än offentliga vårdcentraler men år 2019 kan inga sådana skillnader observeras. Detta speglar sannolikt att offentliga vårdcentraler har infört bättre administrativa rutiner för diagnosregistrering snarare än att patienterna har blivit relativt sett friskare vid privata vårdcentraler.

Det är inte förvånande att skillnader har minskat då offentliga och privata vårdcentraler har verkat under likartade förutsättningar vad gäller valfrihet för individer samt principer för ersättning och annan extern styrning från regionerna under 10 års tid. Det är därför inte heller förvånande att skillnaderna är större i Finland, där privata vårdcentraler verkar under de förutsättningar som gäller för upphandlad vård och offentliga vårdgivare verkar inom kommunernas egna förvaltning. Dagens finska modell för att organisera primärvård ligger nära det sätt som svensk primärvård var organiserad innan vårdvalsreformen.

Användningen av prestationsmätning och -uppföljning på verksamhetsnivå i de båda länderna illustrerar hur den administrativa styrningen utgör en ram för och starkt präglar hur den interna verksamhetsstyrningen kan bedrivas. Det finska exemplet visar att den typen av styrning kan vara starkt sammankopplad med den externa uppföljningen av vårdcentraler: I Finland förekommer prestationsmätning och -uppföljning i hög utsträckning bland privata vårdcentraler, som lägger stor vikt vid att följa upp de mål och mått som är väsentliga för att uppfylla villkor i kontrakten med beställaren (kommunen), men inte alls i samma utsträckning bland offentliga vårdcentraler. Det svenska exemplet visar att användning av prestationsmätning och -uppföljning i den interna ledningen och styrningen kan hänga samman lika mycket med den externa uppföljningen som med lokala verksamhetsspecifika förutsättningar: I Sverige förekommer denna typ av styrning hög grad bland både privata och offentliga vårdcentraler och valet av mått präglas i stor utsträckning – men inte enbart – av de villkor som anges i avtal med beställaren (regionen). Verksamhetschefer för vårdcentraler som ingår i en större grupp – privat eller offentlig – vittnade om en bättre tillgång till data och ett bättre stöd i att kunna använda den jämfört med enskilda vårdcentraler. Andra lokala förutsättningar som tycks spela roll för användningen av prestationsmätning och -uppföljning i den interna styrningen är verksamhetschefens bakgrund samt vårdcentralens bemanning.

Användningen av prestationsmätning och -uppföljning på en mer övergripande nivå i de båda länderna bekräftar svårigheten att jämföra prestationer mellan länder. Primärvårdens övergripande målsättningar må vara desamma men måluppfyllelse definieras och beräknas på olika sätt i olika kontexter. Måtten på tillgänglighet i svensk och finsk primärvård är ett bra exempel på detta.

En sista reflektion är att vissa utmaningar i primärvården tycks vara gemensamma oavsett driftsform och sätt att organisera vården. De intervjuade verksamhetscheferna för såväl privata om offentliga vårdcentraler i båda länderna vittnade om att de uppfattar gränssnittet gentemot andra aktörer inom vård och omsorg som otydligt. I Sverige framförs ofta argumentet att olika huvudmän för sjukvård (regionerna) och omsorg (kommunerna) skapar svårigheter med samordning av insatser för personer som har komplexa behov. Det kan gälla oklara gränssnitt men också bristande kommunikation mellan vårdcentraler och kommunala aktörer, i synnerhet för äldre personer med omfattande behov (se t.ex. Vårdanalys 2016). I Finland torde detta problem vara mindre eftersom samma huvudman (kommunerna) ansvarar för både sjukvård och omsorg. Resultatet visar att utmaningar i samordning av olika insatser för personer med omfattande behov kan vara en utmaning oavsett hur primärvården organiseras och hur ansvaret för olika insatser fördelas i ett hälso- och sjukvårdssystem. Om problem är likartade i olika kontexter kanske även lösningar på problem kan överföras mellan kontexter? Det är en anledning att fortsätta jämföra erfarenheter från primärvård i olika länder, trots svårigheter att jämföra prestationer.



## REFERENSER

- Adler, PS, and Borys, B. (1996), Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Ahrens T, Chapman CE. Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain. *Contemporary Accounting Research* 2004;21(2): 271–301.
- Anell A. Primärvård i förändring. Lund: Studentlitteratur. 2005.
- Anell A. (2014) Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. Lund: KEFU.
- Anell A. Utvärdering av primärvårdens organisation i egen regi. Lund: KEFU, 2018 (rapport 2018:1).
- Anell A, Nylinder P, Glenngård A. Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.
- Angelis J, Glenngård AH, Jordahl H. Att styra och leda en vårdcentral. Hur går det till och vad kan förbättras? Stockholm: SNS förlag, 2016.
- Angelis J, Glenngård AH, Jordahl H. Management practices and the quality of primary care. *Public Money and Management* (2019 Nov).
- Carvalho JB, Gomes P, and Fernandes MJ. The Main Determinants of the Use of the Cost Accounting System in Portuguese Local Government. *Financial Accountability & Management* 2012; 28( 3): 306– 34.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract.* 2001a;51(469):644-50.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care.* 2001b;10(2):90-5.
- Fredriksson M, Blomqvist P, Winblad U. Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines - striving for national equity in Sweden. *BMC Health Services Research* 2014,(5);14.
- George B, Van de Walle D, Hammerschmid G. Institutions or Contingencies? A Cross-Country Analysis of Management Tool Use by Public Sector Executives. *Public Administration Review* 2019; (79)3: 330–342.
- Glenngård AH. Productivity and patient satisfaction in primary care – Conflicting or compatible goals? *Health Policy* 2013a; 111(2):157-65.
- Glenngård, AH. Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics Policy and Law* 2013b Jul;8(3):317-33.
- Glenngård AH. Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne. Lund: KEFU, 2015 (rapport 2015:2).

- Glenngård AH. Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 2016; 20(1): 72-86.
- Glenngård AH. Pursuing the objectives of support to providers and external accountability through enabling controls - A study of governance models in Swedish primary care. *BMC Health Services Research*. 2019;19(144).
- Glenngård AH, Anell A. Process measures or patient reported experience measures (PREM) for comparing performance across providers? A study of measures related to access and continuity in Swedish primary care. *Primary Health Care Research & Development* 2018;19:23-32.
- Glenngård AH, Anell A. Does increased standardisation in health care mean less responsiveness towards individual patients' expectations? A register based study in Swedish primary care. *Sage open medicine* 2017 Apr; 25(5): 1-8.
- Janlöv N. och Rehnberg C. (2011) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2012. Rapport nr 2011:15. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Kandelaki K, Marrone G, Stålsby Lundborg C, Schmidt I, Björkman I. Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *BMJ Open* 2016;6.
- Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*. 2010; 11(61):1-15.
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Stockholm: Konkurrensverket. 2010.
- Læg Reid P, Roness PG, and Rubecksen K. Modern Management Tools in State Agencies: The Case of Norway. *International Public Management Journal* 10( 4): 387– 413.
- Malmi T, Brown DA. Management Control Systems as a Package— Opportunities, Challenges and Research Directions. *Management Accounting Research* 2008;19: 287-300.
- Malmi T. Management control as a package—The need for international research. *Journal of Management Control* 2013;23: 229–231.
- Murante AM, Seghieri C, Vainieri M, Schäfer W. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. *Social Science & Medicine* 2017;(186): 139-147
- Otley, D. The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society* 1980;5 (4):413–428.
- Region Skåne. Definitioner och beskrivningar av kvalitetsindikatorer för vårdcentral i Hälsöval Skåne 2019.
- Saltman et al. 2006. Primary Care in the Driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care. Berkshire; Open University Press.

- Simons R. (1995) *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Smith P, Anell A, Busse R, et al. *Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems*. *Health Policy* 2012;106(1):37-49.
- Starfield B, LShi & J Macinko, 2005, *Contribution of primary care to health systems and health*, *The Millbank Quarterly*, 83, 3, s 457-503.
- Van Dooren, W. *What Makes Organisations Measure? Hypotheses on the Causes and Conditions for Performance Measurement*. *Financial Accountability and Management*. 2005; 21(3):363–83.
- Vårdanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Rapport 2016:1. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys. 2016.
- Vårdanalys. *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 - En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2020:5. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys. 2020.

# **BILAGA 1 – INTERVJUGUIDE**

## **BAKGRUNDSINFORMATION OM VERKSAMHETSCHEF**

- Utbildning
- Antal år som chef
- Antal år i organisationen
- Erfarenhet från andra områden
- Annat

## **BAKGRUNDSINFORMATION OM MOTTAGNINGEN (MKT INHÄMTAS INNAN INTERVJUN VIA DOKUMENT OCH REGISTER)**

- Privat/offentlig
- Storlek – anställda och listade
- Patienters egenskaper (genomsnittlig ACG och CNI i Malmö)
- Personalens sammansättning
- Förutsättningar gällande bemanning/hyrläkare etc
- Hur väl presterar verksamheten övergripande och över tid? Vad innebär det att prestera väl?

## **VERKSAMHETENS SYFTE OCH MÅLSÄTTNINGAR**

- Är uppdraget för din verksamhet tydligt?
- Har uppdraget förändrats de senaste åren?
- Vilka övergripande målsättningar finns i verksamheten (tillgänglighet, kvalitet, jämlik vård, effektivitet, kostnadskontroll, innovationer/utveckling)?
- Finns det uppsatta mål för de olika målsättningarna?
- Vem sätter målen (externt: ägare/huvudman eller internt: verksamhetsledning/internt, top-down eller delaktighet från medarbetare, resurstilldelning)
- Är någon målsättning överordnad de andra?
- Står olika mål i konflikt eller förstärker de varandra? Om det finns konflikt, vilket prioriteras? (Knyt an till prestationer inledningsvis)

## **KVALITETS OCH VERKSAMHETSUTVECKLING**

- Hur arbetar ni med kvalitets- och verksamhetsutveckling?
- Hinder och stöd?
- Finns uttalade mål?

- Sätts av andra (evidens, riktlinjer) eller själva (egna innovationer)?
- Använder ni kvalitetsdata?
- Hur arbetar ni med dialog (antal möten, mellan vilka)
- Stöd från beställare (makro)? Regelbunden audit and feedback?
- Stöd från egen regi/koncern (meso)?
- Ledning och styrning internt (mikro)?
- Vad kan förklara skillnader i kvalitet mellan mottagningar?

### **PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET**

- Hur arbetar ni med produktion och produktivitet?
- Hinder och stöd (BEON, arbetstid)?
- Finns måltal för besök? Hur många patienter per dag eller vecka?
- Vad tar upp tid (administration, samverkan, etc)?
- Vad kan förklara skillnader i produktion mellan mottagningar?

### **UTFORMNING OCH ANVÄNDNING AV STYRMODELLEN**

- Kan du/ni beskriva er modell för styrning av verksamheten? Hur säkerställer ni att ni når uppsatta mål?
- Hur säkerställs att målen uppfylls?
  - Planering
  - PMS
  - Dialog/Återkoppling
  - Riktlinjer
  - Incitament
- Vilken är den viktigaste komponenten i styrmodellen?
- Hur används de olika delarna?
  - Möjliggörande eller begränsande
  - Top-down eller inkluderande
  - Direkt kontroll eller indirekt kontroll
- Hur ser relationen mellan de olika delarna i styrmodellen ut?
- Hur ser relationen mellan den interna och externa (e.g. audit and feedback) styrningen ut?
- Hur ser krav på rapportering/administrativ börda ut?
- Grad av användning och viktighet för varje del (1-7)
- Vilka förändringar i styrmodellen har skett de senaste åren? Varför och vilka konsekvenser?

**FUNDERINGAR KRING SKILLNADER MELLAN PRIVATA OCH OFFENTLIGA  
MOTTAGNINGAR VAD GÄLLER STYRNING OCH LEDNING?**

**ANDRA FUNDERINGAR OM STYRNING OCH LEDNING I PRIMÄRVÅRDEN?**

## BILAGA 2 – PRESTATIONSMAÅTT I REGION SKÅNE

Område	Prestationsmått
<b>Hälsorienterat hälso- och sjukvård</b>	<p>Andel hälsoundersökningar för patienter med psykisk sjukdom/bipolär sjukdom/svårare funktionsnedsättning</p> <p>Andelen listade &gt;65 år som vaccineras mot säsongsinfluenza</p>
<b>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</b>	<p>Andel patienter &gt;18 år med typ 2 diabetes som har HbA1c över 70 vid senaste mättillfället</p>
<b>Patientfokuserad hälso- och sjukvård (andel positiva svar i nationell patientenkät)</b>	<p>Delaktighet och involvering</p> <p>Emotionellt stöd</p> <p>Helhetsintryck</p> <p>Information och kunskap</p> <p>Kontinuitet och Koordinering</p> <p>Respekt och bemötande</p> <p>Tillgänglighet</p>
<b>Säker hälso- och sjukvård</b>	<p>Kontinuitet: andel individer som träffar samma läkare mer än hälften av gångerna bland dem som söker läkare tre eller fler gånger under mätperioden</p> <p>Antal listade individer i särskilt boende och/eller &gt;65 år med &gt;5 läkemedel för vilka man genomfört tvärprofessionell läkemedelsgenomgång</p> <p>Antal dagliga definierade dygnsdoser (DDD) olämpliga läkemedel till äldre enligt socialstyrelsens lista per 1000 individer i målgrupp</p> <p>Antal uthämtade antibiotika-recept per 1000 listade</p> <p>Andel kinoloner för urinvägsinfektion till kvinnor 18-79 år</p> <p>Andel penicillin V till barn 0-6 år med luftvägsinfektion</p>
<b>Hälso- och sjukvård i rimlig tid</b>	<p>Andel inkommande samtal som blir besvarade inom ett dygn</p>
<b>Effektiv hälso- och sjukvård</b>	<p>Antal samordnade individuella planer (SIP)</p>
<b>Jämlik hälso- och sjukvård</b>	<p>Följs på övergripande nivå</p>

**Källa: Region Skåne. Definitioner och beskrivningar av kvalitetsindikatorer för vårdcentral i Hälsöval Skåne 2019.**

KEFU SKRIFTSERIE 69  
ISSN 1102-8483  
ISRN KEFU-SKR-69-SE

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