



# LUND UNIVERSITY

## Erfarenheter av förändrad ersättningsmodell i skånsk sjukhusvård - från prestation till anslag

Ellegård, Lina Maria; Glenngård, Anna

2018

*Document Version:*  
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*  
Ellegård, L. M., & Glenngård, A. (2018). *Erfarenheter av förändrad ersättningsmodell i skånsk sjukhusvård - från prestation till anslag*. (KEFU skriftserie; Nr 2018:2). KEFU.

*Total number of authors:*  
2

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:  
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

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

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

### Take down policy

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

LUND UNIVERSITY

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



LINA MARIA ELLEGÅRD & ANNA HÄGER GLENNGÅRD

**ERFARENHETER AV FÖRÄNDRAD ERSÄTTNINGSMODELL I  
SKÅNSK SJUKHUSVÅRD  
– FRÅN PRESTATION TILL ANSLAG**

SKRIFTSERIE 2018:2



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING  
VID LUNDS UNIVERSITET

## TACK

Vi vill rikta ett stort tack till Charlotte Karbassi som koordinerat projektet och ställt upp som intervjuperson. Vi vill också framföra ett varmt tack till övriga intervjupersoner inom sjukhus och förvaltningar; Linn Mattisson och Thea Enhörning Admarker, som transkriberat intervjuerna; och Christina F Johnsson, som tagit fram verksamhetsdata. Delar av de resultat och de resonemang som presenteras i denna rapport har tagits fram inom ramen för Tillitsdelegationens arbete och tidigare presenterats i ett kapitel i en forskningsantologi samt i en förkortad version i tidskriften Organisation och Samhälle. Vi vill tacka Louise Bringselius som har koordinerat detta arbete och givit oss konstruktiv kritik längs vägen. Vi vill också tacka Anders Anell, Jenny de Fine Licht och Birgitta Niklasson för kloka synpunkter och kommentarer på det arbetet. Arbetet med den fördjupade och utökade analys som presenteras i denna rapport har finansierats av KEFU och Forte. Som alltid är det författarna själva som ansvarar för innehållet i rapporten.

## FÖRORD

Hur man klokast fördelar resurser i organisationer är en delikat fråga som det ägnats mycket tankemöda åt. En renommerad budgetforskare, Aron Wildavsky, uttryckte grundproblematiken på följande sätt; *De mänskliga ambitionerna är alltid större än tillgängliga resurser*. Att ha höga ambitioner är naturligtvis i sig inget ont. Tar vi hälso- och sjukvården, som den här rapporten kretsar runt, som exempel är det tvärtom något man som till exempel politiker eller patient både förväntar och önskar sig. Som i alla bristsituationer blir det även inom hälso- och sjukvården en fråga om att prioritera mellan olika handlingsalternativ. Att fördela resurser genom rörlig eller fast ersättning är ett sätt att genomföra dessa prioriteringar. Att få ersättning utifrån det man gör (rörlig ersättning) sätter fokus på det som produceras medan en fast ersättningen i förskott inte medför samma krav på motprestation. Restriktionen är fortfarande kvar i fasta anslag då pengarna i påsen kan ta slut, men med fasta anslag förväntas handlingsutrymmet öka då det finns möjlighet för de berörda att göra egna bedömningar om hur resurserna bäst skall förbrukas. T.ex. förväntas olika professionella ambitioner om t.ex. vårdförlopp och behandling inte styras av vad som ger ”bäst” ersättning utan vad som är bäst för patienten.

I föreliggande rapport har författarna studerat Region Skånes resa från fast anslag till rörlig och åter till fast ersättning och bl.a. försökt utreda vilka konsekvenser dessa förändringar har haft för styrning och verksamheten. Detta visade sig inte vara helt enkelt att göra då såväl interna faktorer som externa påverkar vilka konsekvenser nya resursfördelningsmodeller får. Författarna lyfter bland annat fram hur viktigt verksamhetschefers förhållningssätt till, och tillämpning av, nya/förändrade styrmodeller är för dess genomslag. Då fasta eller rörliga resursfördelningssystem är en del av ett större paket av olika styrsystem efterlyser också författarna behovet av analys på systemnivå när förändringar av centrala signalsystem, såsom förändrad resursfördelningsmodell, planeras införas.

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

*Lund i november*

*Ulf Ramberg*

*KEFU*

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>FÖRORD.....</b>                                                                     | <b>2</b>  |
| <b>SAMMANFATTNING .....</b>                                                            | <b>4</b>  |
| <b>KAPITEL 1 BAKGRUND.....</b>                                                         | <b>6</b>  |
| <b>KAPITEL 2 TEORETISKT RAMVERK.....</b>                                               | <b>8</b>  |
| 2.1 BEHOVET AV STYRNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....                               | 8         |
| 2.2 EKONOMISKA INCITAMENT FÖR VÅRDGIVARE AV RÖRLIG RESPEKTIVE FAST<br>ERSÄTTNING ..... | 9         |
| 2.3 PSYKOLOGISKA EFFEKTER AV STYRMODELLENS INCITAMENT.....                             | 11        |
| 2.4 FÖRVÄNTADE EFFEKTER AV ÅTERGÅNGEN TILL ANSLAG .....                                | 12        |
| <b>KAPITEL 3 GENOMFÖRANDE AV STUDIEN .....</b>                                         | <b>14</b> |
| 3.1 STUDIENS KONTEXT .....                                                             | 14        |
| 3.2. METOD OCH DATA.....                                                               | 17        |
| <b>KAPITEL 4 RESULTAT .....</b>                                                        | <b>23</b> |
| 4.1. UTVECKLING AV VÅRDPRODUKTION OCH KOSTNADER: ANALYS AV REGISTERDATA 23             |           |
| 4.2. UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR VERKSAMHETER: ANALYS AV INTERVJUER.....                 | 29        |
| 4.3. UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR STYRNING OCH LEDNING: ANALYS AV INTERVJUER              | 34        |
| 4.4. MELLANCHEFERS ERFARENHETER AV ERSÄTTNINGSMODELLERNA: ANALYS AV<br>ENKÄT .....     | 38        |
| <b>KAPITEL 5 DISKUSSION .....</b>                                                      | <b>45</b> |
| 5.1. SVAG UTVECKLING AV PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET .....                             | 45        |
| 5.2. DE UPPLEVDA KONSEKVENSERNA HAR DÄMPATS AV FLERA FAKTORER.....                     | 46        |
| 5.3. OLIKA STRATEGIER FÖR ATT HANTERA OTYDLIGA UPPDRAG .....                           | 47        |
| 5.4. STUDIENS BEGRÄNSNINGAR .....                                                      | 48        |
| 5.5. SLUTSATSER .....                                                                  | 50        |
| <b>REFERENSER .....</b>                                                                | <b>51</b> |
| <b>BILAGOR .....</b>                                                                   | <b>54</b> |

## SAMMANFATTNING

Region Skåne gjorde under perioden 2005-2012 hela resan från fast anslagsfinansiering av sjukhusen till en rörlig ersättningsmodell och tillbaka till anslagsfinansiering igen. Den här rapporten syftar till att undersöka konsekvenser av återgången till anslagsmodellen inom sjukhusvården i Skåne, närmare bestämt hur och varför återgången påverkat den dagliga verksamheten och synen på styrning mellan uppdragsgivare och vårdgivare.

Studien bygger på ett empiriskt material som består av fem delar: Intervjuer med nyckelpersoner bakom reformen och chefer som påverkats av den; dokumentgranskning med primärt fokus på regionens budgetar och uppdragsbeskrivningarna till sjukhusförvaltningarna under perioden före respektive efter återgången till anslag; registerdata från regionens administrativa databaser avseende produktion, diagnoser, kostnader och budgetföljsamheten per förvaltning; registerdata från Socialstyrelsens patientregister avseende produktion av vårdtillfällen, DRG-poäng och antal diagnoser per vårdtillfälle för Skåne och övriga landet; samt en webenkät till verksamhets-, områdes- och enhetschefer i Region Skånes förvaltningar.

Resultaten visar att det är svårt att isolera effekter av en förändrad ersättningsmodell för såväl den vård som bedrivs ute i verksamheterna som för styrning och ledning av vårdens aktörer. Registerdata visar att produktion och produktivitet har utvecklats svagt efter återgången till anslag, men det har skett en mängd andra förändringar som gör det svårt att avgöra ersättningsmodellens roll i denna utveckling. Resultaten tyder dock på att konsekvenserna för den dagliga verksamheten upplevs som minde än för synen på ledning och styrning på olika nivåer.

Intervjuer och enkätsvar visar att chefer på förvaltnings- verksamhets- och enhetsnivå inte nödvändigtvis upplever att handlingsutrymmet är större i en anslagsmodell, och att vissa chefer varken ändrat inriktningen på eller intensiteten av sin styrning och uppföljning. Det finns flera anledningar till att omläggningen av ersättningsmodellen har haft begränsade konsekvenser för ledarskapet på lägre nivåer:

- En anledning är att verksamhetschefer har utvecklat strategier för att dämpa effekten av förändrade styrsignaler i själva verksamheten. Verksamhetscheferna menade att en av deras viktigaste uppgifter i en kontext präglad av återkommande förändringar är att ge medarbetare en känsla av lugn och ro att kunna utföra sitt dagliga arbete med patienter. Därför dämpar cheferna styrsignalerna från chefer högre upp i styrkedjan.
- En andra anledning är att omständigheter utanför såväl huvudmannens som vårdgivarnas kontroll, exempelvis det statliga incitamentsprogrammet Kömiljarden, försvagar effekten av regionens egen styrning.

- En tredje anledning är att det är svårt att implementera renodlade ersättningsprinciper. Renodlade modeller tenderar att tackla ett problem åt gången, medan beslutsfattare i praktiken står inför flera utmaningar samtidigt och ofta löser detta genom att utforma mixade modeller. Ett skifte mellan två mixade ersättningsmodeller har inte lika stora effekter som ett skifte mellan två renodlade principer.
- En fjärde anledning är att ersättningsmodellen endast är en av flera delar i den sammantagna styrningen. De skånska erfarenheterna ligger i linje med slutsatserna från tidigare litteratur: andra styrsignaler kan vara nog så starka som de ekonomiska incitamenten.

Anslagsmodellen har icke desto mindre *möjliggjort* större variation i strategier för styrning, vilket kan skönjas i skillnaderna mellan de olika sjukhusförvaltningarna i termer av syn, och respons, på den ökade otydligheten i huvudmannens styrning efter återgången till anslag. Skillnaderna mellan universitetssjukhuset och de övriga förvaltningarna speglades i deras olika strategier för att hantera den låga detaljeringsgraden i uppdraget:

- En strategi är att fortsätta använda andra detaljerade styrverktyg eller att till och med öka betydelsen av dessa för att kompensera för den minskade detaljeringsgraden i uppdraget.
- En annan strategi är att anpassa den övriga styrningen till den nya ersättningsmodellen och ta fasta på möjligheten att öka medarbetarnas handlingsutrymme.

Det finns ett antal faktorer inom huvudmannens kontroll som kan förbättra förutsättningarna för att en återgång till anslag ska få genomslag. I samband med förändringar av ersättningsmodellen bör hela styrmodellen ses över så att de olika delarna pekar i samma riktning och stödjer varandra. Om huvudmannens uppföljning är inriktad på samma faktorer som tidigare kommer inte anslagets ökade handlingsutrymme tas tillvara. Vidare måste huvudmannen lägga energi på att sprida information om förändringen i organisationen. För att chefer på lägre nivåer ska våga införa förändringar av *sin* uppföljning är det sannolikt också viktigt att huvudmannen signalerar att förändringen kommer vara bestående. Annars finns det en risk att verksamhetschefer dämpar den förändrade styrsignalen i väntan på nästa förändring.

# KAPITEL 1

## BAKGRUND

I USA började man i slutet av 1970-talet beskriva vårdgivares verksamhet genom att gruppera vårdtillfällen utifrån diagnos och ungefärlig resursåtgång. Sedan den senare halvan av 1990-talet är sådana *diagnosrelaterade grupper* (DRG) en bas för beskrivning och uppföljning även i svensk sjukhusvård. Redan år 1986 startade försök med att införa beskrivningssystem i slutenvården baserade på DRG (Calltorp 2007 s 7). Tjugo år senare (2006) användes DRG som beskrivningssystem i 17 av 21 landsting (Lindvall 2006).

En viktig anledning till den snabba utbredningen av DRG som system för beskrivning, uppföljning och – i vissa fall – resursfördelning, var ett missnöje med låg produktion och produktivitet i svensk hälso- och sjukvård. Fram till 1990-talet ersattes sjukhusen med fasta anslag, vilket innebar att det inte fanns några ekonomiska incitament till hög produktion. 1991 införde Stockholms läns landsting (SLL) rörlig, eller *prestationsbaserad*, ersättning till sjukhusen, där prestationen mättes i antalet *DRG-poäng* – summan av vårdkontakter viktade utifrån förväntad resursåtgång. Enligt Socialstyrelsens kartläggningar använde fyra landsting prestationsbaserad ersättning till sjukhus inom landstinget år 2001,<sup>1</sup> ett antal som år 2012 hade ökat till nio.<sup>2</sup> På senare år har en rad landsting istället gått tillbaka till anslagsfinansiering. År 2016 var det endast Halland, Jönköping, Västra Götalandsregionen (VGR) och Gävleborg som fortfarande tillämpade prestationsrelaterad ersättning inom det egna landstinget. Fortfarande använder dock de flesta landsting DRG för uppföljning, och nästan alla använder det för utomlansdebiteringar.

Anslagsfinansieringens återkomst på senare år kan ses mot bakgrund av de problem och utmaningar som vården ställts inför och som syns i den allmänna debatten. Som de flesta reformer har införandet av prestationsbaserade ersättningsmodeller skapat nya problem, som i sin tur lett till nya reformer (Brunsson 1989). Kritiken mot användningen av DRG som bas för ersättning sammanfattades slagkraftigt i Maciej Zarembas inflytelserika reportageserie om New Public Management i sjukvården år 2013 (Zaremba 2013). En central del av

---

<sup>1</sup> SLL, Västra Götalandsregionen, Halland och Östergötland.

<sup>2</sup> Stockholm, Uppsala, Kronoberg, Halland, VGR, Västmanland, Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten.

Zarembas kritik var att DRG-baserade ersättningsmodeller uppmuntrar till etiska tveksamheter såsom att välja diagnoser som genererar mer pengar, eller undvika att ta emot olönsamma patienter. En ytterligare kritik var att resurser som kunde använts till vårdproduktion istället fick läggas på administration av ersättningsmodellen.<sup>3</sup>

Region Skåne gjorde under perioden 2005-2012 hela resan från fast anslagsfinansiering till prestationsbaserad ersättning och tillbaka till anslag igen. Fram till och med år 2005 hade regionen i huvudsak fördelat resurser som anslag, baserade på historiska kostnader.<sup>4</sup> 2006 infördes en ny modell där endast ca 40% av resurserna fördelades som anslag, medan ca 60% av ersättningen var prestationsbaserad. Från 2012 har en återgång skett mot renodlad anslagsfinansiering, där uppdraget för vårdgivarna definierats som att tillgodose skåningarnas behov av sjukhusvård. Återgången till anslag drevs av en misstanke om att DRG-modellen hindrade sjukhusen från att genomföra sådana effektiviseringar som medför att patienter klassas om till mindre lönsamma DRG. Exempelvis utgick ingen ersättning för telefonkonsultationer, medan fysiska besök gav betalt. Det fanns alltså incitament att boka in fysiska besök även för ärenden som kunde avhandlats lika bra per telefon.

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka konsekvenser av den förändrade ersättningsmodellen inom sjukhusvården i Skåne; närmare bestämt, hur och varför en återgång till fast anslag från DRG-baserad rörlig ersättning påverkar den dagliga verksamheten och synen på styrning mellan huvudmän och vårdgivare.

Det är lätt att tänka sig att återgången till anslag borde leda till omvända effekter gentemot införandet av rörlig ersättning. Detta är dock inte alldeles säkert. I en systematisk litteraturgenomgång av chefers erfarenheter av att byta ersättningsmodell på sjukhus drar Baxter m fl (2015, s 1108) slutsatsen att implementeringen av ersättningsmodeller är en komplex process som kräver att involverade aktörer engagerar sig för att lyckas. Annan litteratur från ekonomistyrningsfältet (t.ex. Malmi och Brown 2008; Simons 1995; Adler och Borys 1996) framhåller att de övriga delarna av i den sammantagna styrningen måste vara i samklang med den nya principen och/eller stötta övergången till en ny modell.

---

<sup>3</sup> Det bör noteras att denna kritik har uppmärksammats i den hälsoekonomiska forskningslitteraturen i decennier, se t ex Ellis och McGuire (1986) och Chalkley och Malcomson (1998).

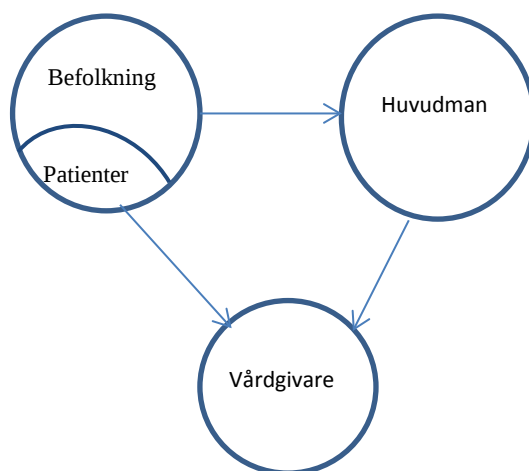
<sup>4</sup> Undantaget sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm, som hade en rörlig ersättningsmodell.

## KAPITEL 2

# TEORETISKT RAMVERK

### 2.1 BEHOVET AV STYRNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Relationerna mellan olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas i termer av principal-agent-relationer (Dranove och White 1987). En principal-agent relation uppstår då en uppdragsgivare (principalen) ger en uppdragstagare (agenten) i uppgift att utföra en uppgift åt den första. I offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystem är sjukvårdshuvudmännen agenter till befolkningen, i sin roll som väljare. Huvudmännen beslutar om prioriteringar och fördelar resurser till vårdgivare, och är således principaler i förhållande till vårdgivarna. Relationen mellan vårdgivare och patienter kan också ses som en principal-agent-relation, där patienten är principal (Figur 1). Eftersom vårdgivarna agerar på uppdrag av både huvudmän och patienter beskrivs de av Blomquist (1991) som dubbelagenter.



**Figur 1** Principal-agentrelationer i skattefinansierad sjukvård

Principal-agentteori tar sin utgångspunkt i att aktörerna är intresserade av att maximera sin egen nytta, gör rationella val och fattar beslut baserade på egna preferenser. När principalens och agentens motiv och drivkrafter skiljer sig åt säger vi att det finns ett principal-agent-problem. Problemet består i att principalen inte kan vänta sig att agenten kommer att sträva mot principalens mål när dessa strider mot agentens egna. Av relationerna i figuren ger förmodligen den mellan vårdgivare och patienter mest sällan upphov till principal-agent

problem, eftersom patientens hälsa utgör läkargärningens centrala mål.<sup>5</sup> De medicinska professionerna är dock även agenter åt de demokratiskt valda huvudmännen, som har att balansera prioriteringar på befolkningsnivå med behov och önskemål från enskilda patienter.<sup>6</sup> När enskilda patienters preferenser skiljer sig från befolkningens i stort uppstår principal-agentproblem mellan huvudmän och vårdgivare.<sup>7</sup> I dylika situationer uppstår behov av styrmodeller. Styrning och ledning i hälso- och sjukvårdssystem kan övergripande beskrivas i termer av en iterativ process i tre delar, där de två senare bygger på den första: (se t.ex. Smith m fl 2012):

- 1) Prioriteringar. Detta handlar om att från huvudmannens (finansiärens) sida formulera tydliga målsättningar för hälso- och sjukvården givet tillgängliga resurser. Dessa målsättningar ligger till grund för det uppdrag och den ersättning som vårdgivarna får.
- 2) Uppföljning. Detta handlar om att på olika sätt (t.ex via prestationsmätning och dialog) utvärdera hur väl vårdgivare agerar i enlighet med formulerade målsättningar och det uppdrag de har tilldelats.
- 3) Ansvarsutkrävande. I detta steg utdelas konsekvenser för vårdgivare vars agerande befunnits inte ligga i linje med det tilldelade uppdraget. Reella konsekvenser kan exempelvis vara innehållen ersättning eller avsked.

## **2.2 EKONOMISKA INCITAMENT FÖR VÅRDGIVARE AV RÖRLIG RESPEKTIVE FAST ERSÄTTNING**

Fokus i den här rapporten ligger på ersättningsmodeller, vilka generellt utgör ett viktigt inslag i styrningen från huvudmannens sida. Vi kontrasterar en modell med rörlig ersättning baserad på antal DRG-prestationer med en fast anslagsmodell.

I en anslagsmodell betalas ersättningen ut i förskott utan krav på motprestation. En rörlig ersättningsmodell ger vårdgivare starkare incitament att producera

---

<sup>5</sup> Se t. ex. Läkarförbundets etiska regler. Att vårdpersonal följer medicinsk etik har länge varit en utgångspunkt i inom hälsoekonomin (Newhouse 1970). Ekonomiska experiment tyder på att läkarstudenter är mer altruistiska än andra studenter (Hennig-Schmidt och Wiesen 2014), om än i varierande grad (Godager och Wiesen 2013).

<sup>6</sup> Man kan inte förvänta sig att patienter, i sina kontakter med vårdgivare, tar hänsyn till vilka preferenser eller behov som finns i befolkningen i övrigt (Scheaff et al 2002). I en situation där patienten står för en begränsad del av vårdkostnaderna kan individer förväntas fortsätta efterfråga hälso- och sjukvårdstjänster så länge (i) de har en önskan om att förbli friska eller uppnå god hälsa; (ii) tror att de tjänster de efterfrågar leder till dessa resultat (jmf Lancaster, 1966).

<sup>7</sup> Som David Cutler och Richard Zeckhauser skriver i *Handbook of Health Economics*: "The view that physicians should do only what is best for the patient is codified in the Hippocratic Oath - providers should promote the best medical outcome for their patients. Hippocrates said nothing about providing care the patient or society would have deemed *ex ante* to be socially wasteful." (Cutler och Zeckhauser 2000), s. 589).

många vårdtillfällen och att sträva efter en hög marginal mellan den ersättning som betalas ut per vårdtillfälle och verksamhetens kostnader för vårdtillfället ifråga (Farrar m fl 2009). Den senare aspekten kan tolkas som att den rörliga DRG-baserade modellen uppmuntrar till produktivitetsförbättringar. Ökad produktivitet ses ju allmänt som eftersträvänsvärt, men det ska nämnas att produktivitetsökningar också kan vara följden av etiskt tveksamt beteende såsom uppkodning av vårdtillfällen till omotiverat dyra DRG och undvikande av patienter vars vårdkostnader förmodas överstiga DRG-ersättningen, s.k. cream-skimming (Jegers m.fl. 2002). Utbredningen av DRG-baserade ersättnings- och uppföljningssystem i Sverige sammanföll med en generell ökning av antalet registrerade bidiagnoser (Serdén m fl 2003), vilket inte bevisar att uppkodning äger rum men dock indikerar att registreringsbeteende påverkas av styrningen.

I anslagsmodellen finns svagare incitament för produktion; här kan förekomsten av köer snarare fungera som ett argument för ökad resurstilldelning i framtida budgetdiskussioner (Lindgren 2014). En fördel med anslagsfinansiering är den låga administrativa kostnaden, då det i regel saknas ett mer avancerat fördelningssystem än historiska siffror. DRG-baserad ersättning kräver dels att vårdgivarna ägnar sig åt diagnosgruppering, dels att huvudmannen fastställer och uppdaterar ersättningen per DRG.

Fasta anslag skiljer sig från rörliga ersättningsmodeller i att den finansiella risken ligger hos vårdgivaren i anslagsmodellen och hos huvudmannen i de rörliga. Om huvudmannen inte satt något tak för volymer, det vill säga en borte gräns för hur många vårdtillfällen som sjukhusen kommer att få ersättning för, kan DRG-modellen leda till sämre kostnadskontroll (för huvudmannen) än anslagsmodellen. Kostnadskontrollen i en anslagsmodell ska dock inte överdrivas; vårdgivarna kan ha incitament att överskrida budget för att undvika att huvudmannen minskar anslaget nästa år. Dessutom brukar rörliga modeller i praktiken ofta kombineras med volymtak (Lindgren 2014).

Ingen av modellerna ger explicita belöningar till vårdgivare som håller god kvalitet. Anslagsmodellen kan dock anses ge större handlingsutrymme åt verksamheter och medarbetare än rörliga modeller i de fall där intäktsmaximering går på tvärs mot effektiv hantering av patienter. Detta hänger också samman med förutsättningar för verksamhetsutveckling och innovationer. I en rapport framhålls prestationsbaserade ersättningsmodeller som hinder för innovation (Krohnwinkel m fl 2017). Författarna menar att ”fasta anslag och kapitering ger generellt bättre stöd för användningen och implementeringen av innovationer, eftersom flexibiliteten för vårdgivaren att variera arbetssätt utan att det påverkar intäkterna är större inom ramen för dessa modeller”.

Prestationsbaserade ersättningsmodeller har också kritiserats för att inverka negativt på vårdgivarnas professionella autonomi (Forsberg m fl 2001). Tidigare studier har visat att läkare i Stockholms läns landsting i högre utsträckning än läkare i landsting med anslagsfinansiering upplevde att deras professionella autonomi minskade under 1990-talet. Vårdtiderna minskade mer i Stockholm än i de övriga landstingen, och flera läkare i Stockholm ansåg att vårdkvaliteten försämrats jämfört med tiden innan DRG-systemet. Registerdata tydde dock inte på att andelen återinläggningar ökat (Forsberg m fl 2000, 2001).

## **2.3 PSYKOLOGISKA EFFEKTER AV STYRMODELLENS INCITAMENT**

Den klassiska principal-agent-teorin tar inte hänsyn till att principalens styrning kan påverka agentens inneboende engagemang, eller inre motivation, för sitt arbete. Mängder av experiment inom psykologisk forskning pekar på att människors inneboende engagemang för sina uppgifter kan undergrävas om man kopplar externa incitament till utförandet av uppgifterna. Enligt den så kallade självbestämmandeteorin kan detta förklaras av att individers inre motivation är högre när hen upplever en hög grad av autonomi (Deci och Ryan 2017). Andra har kopplat samspelet mellan inre och yttre motivation till signaler om principalens natur, eller om agenten själv. (Ellingsen och Johannesson (2008) argumenterar för att agenter är mer villiga att anstränga sig för principaler som delar deras värdegrund. När principalen väljer att inrätta en viss incitamentsstruktur skickas en signal till agenterna om huruvida principalen är värd att anstränga sig för eller ej – under förutsättningen att informationen är ny. Bénabou och Tirole (2003) utgår istället från att agenten tolkar valet av incitamentsstruktur som en signal om hur kompetent principalen anser att agenten är.<sup>8</sup> Om signalen indikerar att principalen misstror agentens kompetens minskar agentens inre motivation (Frey, Homberg, och Osterloh 2013).

Införandet av en viss typ av styrning kan alltså få till nettoeffekt att agenternas totala motivation (yttre och inre) blir lägre än förut, eller åtminstone lägre än vad den hade varit i avsaknad av några psykologiska effekter. Men det går även att tänka sig att incitamentsstrukturen förstärker agentens inre motivation, t ex genom att indikera tilltro eller ge positiva signaler om agentens kompetens. Adler och Borys (1996) nyanserar bilden av styrmodellens effekter genom att skilja på begränsade och möjliggörande styrning. Adler och Borys börjar med att

---

<sup>8</sup> En utgångspunkt är alltså att agenten anser att principalen har mer information än agenten vad gäller någon aspekt av agentens kompetens, eller åtminstone om sin uppfattning om agentens kompetens.

kategorisera styrmodeller utifrån deras grad av formalisering, d v s den utsträckning det finns uttalade regler, procedurer och instruktioner som medarbetarna förväntas följa. De noterar sedan att en hög grad av formalisering inte *i sig* måste undergräva agenternas motivation. Formalisering är ju en förutsättning för systematisk prestationsmätning, och möjliggör alltså återkoppling till agenterna. Återkoppling kan främja agenternas lärande och utveckling och stärker deras förmåga att utföra sina uppgifter. En styrning som kännetecknas av hög grad av formalisering och har en möjliggörande roll kallar författarna för möjliggörande byråkrati ("enabling bureaucracy"). Möjliggörande formalisering hjälper enligt Adler och Borys (1996) individer att utföra sina uppgifter mer effektivt – att göra rätt saker. Motsatsen är en *begränsande* byråkrati, där styrningen inriktas på att säkerställa efterlevandet av instruktioner och regler. DRG-modellen kräver administration i form av diagnosregistrering, och är alltså mer formaliserad än anslagsmodellen. Huruvida den upplevs som *begränsande* eller *möjliggörande* går inte att avgöra utan mer kunskap om hur den tillämpas. Simons (1995) ger också en kategorisering av olika styrsystem och hur den sammantagna styrningen kan inverka på medarbetares motivation som ligger i linje med Adler och Borys ramverk. Simons beskriver styrning och ledning som system för begränsningar, diagnostiska styrsystem, system för värdegrund och interaktivt kontrollsystem. De två förstnämnda kan betraktas som begränsande där individer förväntas agera i enlighet med beslut som fattas högre upp i organisationen utan deras inblandning. De två senare kan betraktas som mer möjliggörande former av styrning där individer uppmuntras att vara delaktiga i beslut och processer. Att samla in och analysera utfall av prestationsmått kan till exempel fylla en viktig roll i termer av att identifiera risker (system för begränsningar) och kritiska prestationsfaktorer (diagnostiska styrsystem) men sannolikt inte i termer av att påverka kärnvärden (system för värdegrund) eller identifiera strategiska osäkerheter (interaktivt styrsystem).

## 2.4 FÖRVÄNTADE EFFEKTER AV ÅTERGÅNGEN TILL ANSLAG

Sammanfattningsvis kan vi formulera några möjliga effekter på vårdgivarna av en övergång från en DRG-baserad rörlig ersättningsmodell till en fast anslagsmodell:

- Svagare incitament för att producera många vårdtillfällen och för att eftersträva ett högt antal DRG-poäng. Minskade incitament för uppkodning och cream-skimming.
- Tydligare ansvar för att hålla sig inom givna ekonomiska ramar (såvida inte anslaget bestäms utifrån fjolårets kostnader).
- Ökat professionellt handlingsutrymme och bättre förutsättningar för innovationer.

Viktiga förutsättningar för att dessa effekter ska få praktisk betydelse är dock att i) vårdgivarna tolkar förändringen som en signal om tilltro från huvudmannens sida och ii) övriga delar av styrmodellen inte uppmuntrar andra beteenden.

# KAPITEL 3

## GENOMFÖRANDE AV STUDIEN

### 3.1 STUDIENS KONTEXT

Region Skåne ansvarar för sjukvården för de omkring 1,3 miljoner invånarna i Skåne. Specialiserad vård i offentlig regi bedrivs på sjukhus i Malmö-Lund (Skåne universitetssjukhus, SUS), Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad, Landskrona, Trelleborg, Ystad och Ängelholm.<sup>9</sup>

Före år 2013 utgjorde varje sjukhus en egen förvaltning. 2013 samlades sjukhusförvaltningarna och den tidigare Skånegemensamma primärvårdsförvaltningen i större förvaltningar: SUS, Sund och Kryh och Hälsostaden Ängelholm. Förvaltningarna följer huvudsakligen en geografisk uppdelning. Ett undantag är att psykiatrien som har en Skånegemensam organisation sedan 2009 och tillhör förvaltningen Sund.

Förvaltningarna tilldelas årligen uppdrag av sin beställarorganisation, den politiska hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Förvaltningsuppdragen baseras på ett underlag framtaget av tjänstemän på Region Skånes koncernkontor.

#### 3.1.1 Ersättningsmodeller i Skåne<sup>10</sup>

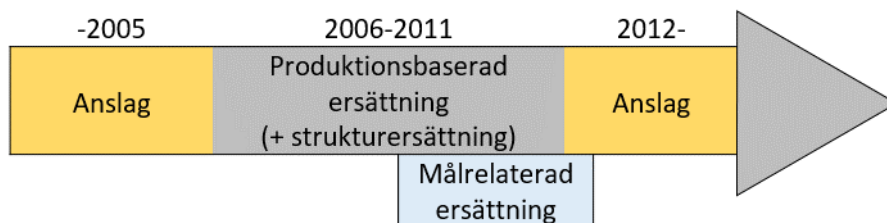
Figur 2 och Tabell 1 illustrerar den resa som Region Skåne har gjort vad gäller ersättningsmodeller i sjukhusvården. Bortsett från sjukhusen i Ängelholm och Helsingborg, som hade rörlig ersättning, finansierades sjukhusen via anslag till och med år 2005. Sjukhusens förvaltningsuppdrag specificerade inte hur många vårdtillfällen som skulle produceras, dock hade varje förvaltning ansvar för att tillgodose vårdbehoven hos befolkningen i sitt upptagningsområde.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> I Simrishamn driver Praktikertjänst ett privat närsjukhus med viss specialiserad vård på uppdrag av regionen.

<sup>10</sup> Avsnittet bygger på intervjuer med Lotta Karbassi och Göran Ingvarsson, som bägge jobbade på huvudkontorets ekonomistab under övergången från rörlig till fast ersättning.

<sup>11</sup> Det fanns dock ett rörligt ersättningssystem för köp av vårdplatser utanför sjukhusets upptagningsområde. Interndebering tillämpades alltså när sjukhus tog emot patienter från andra upptagningsområden.



Figur 2: Ersättningsmodell för sjukhusen i Region Skåne år 2000-2017. Källa: Charlotte Karbassi

2006 ersattes den tidigare anslagsmodellen med en delvis rörlig ersättningsmodell. Medicinskt sakkunniga tjänstemän på koncernkontoret tog fram volymuppsdrag, det vill säga en specifikation över antalet vårdtillfällen och operationer som skulle genomföras inom de olika medicinska specialiteterna. Utifrån volymuppsdraget och en prislista beräknade koncernkontorets ekonomer en total ekonomisk ram för varje sjukhus. Den nationella DRG-prislistan angav priser för läkarinsatser inom somatisk vård, medan interna schabloner användes för andra typer av besök (t ex läkarbesök inom psykiatri och besök hos andra vårdgivarekategorier). Den ekonomiska ramen uttrycktes i valutan *mixpoäng*, den viktade summan av vårdtillfällen, där DRG-priserna och schablonerna använts som vikter. Av den resulterande totala ekonomiska ramen betalades drygt hälften ut till förvaltningarna månadsvis i förskott. Resterande del utgjorde rörlig ersättning som förvaltningarna kunde göra anspråk på i efterskott utifrån den gångna månadens produktion.<sup>12</sup>

På regionnivå utgjorde volymuppsdraget ett tak utöver vilket ingen ersättning utgick. På sjukhusnivå var det dock möjligt att få ersättning för produktion utöver volymuppsdraget genom att ta sig an delar av andra sjukhus uppdrag, och därmed få den ersättning som annars skulle gått till det andra sjukhuset. Varje enskild verksamhet hade alltså ekonomiska incitament att uppfylla volymuppsdraget och till och med att producera mer vård än vad uppdraget angav. Volymuppsdragen och prislistorna uppdaterades årligen.

Efter att regionen år 2012 återgick till en ren anslagsmodell får förvaltningarna hela sin ekonomiska ram utbetalad i förskott. Syftet med återgången till anslag var att öka utrymmet för effektiva val genom att välja en modell som inte bestraffar förändringar som är kostnadsbesparande och samtidigt leder till minst lika bra vård, exempelvis att välja öppenvårdsbehandlingar istället för

<sup>12</sup> Beskrivningen bortser från den målrelaterad ersättning (bonusar) kopplade till kvalitetsmål som fanns i bruk år 2009-2014 och utgjorde <2% av ersättningen. Strukturersättning för systematiska skillnader ingick i anslaget.

slutenvårdsbehandlingar eller telefonsamtal istället för fysiska besök när så är möjligt (Region Skånes budget 2012, s 48).

Det första två åren efter återgången till anslag fortsatte man dock att specificera detaljerade volymuppdrag för verksamheten. Genom att behålla volymuppdragen skulle förvaltningarna även fortsatt ha incitament, om än icke-ekonomiska sådana, att producera en viss mängd vårdtillfällen. År 2014 avskaffades dock volymuppdragen. Enligt ekonomistabschefen på koncernkontoret berodde detta delvis på att personer i ledande ställning ville styra mer på tillgänglighet (vilket i Region Skåne syftar på att korta olika mått på väntetider), men också på att gapet mellan 2011 och 2014 års medicinska praxis blivit så stort att en större uppdatering av kraven ansågs nödvändig men alltför resurskrävande. Sedan 2014 anger förvaltningsuppdragen bara anslagets storlek uttryckt i kronor. Anslaget justeras årligen, men inte utifrån detaljerade prislister per typ av vårdtillfälle utan via en uppräknings av föregående års ram.

**Tabell 1.** Beskrivning av ersättningsmodellens utformning

| <b>Period</b>    | <b>Andel rörlig DRG-baserad ersättning</b>        | <b>Uppdrag till vårdgivare</b>                                                               | <b>Grund för ersättning</b>                                                        |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>-2005</b>     | 0                                                 | Ansvar för behov i befolkning avgränsat till geografiskt upptagningsområde                   | Föregående års tilldelning                                                         |
| <b>2006-2011</b> | 40-60% (andelen rörlig ersättning ökade över tid) | Producera fördefinierad volym av vård                                                        | DRG-viktad produktion                                                              |
| <b>2012-</b>     | 0                                                 | Fördefinierad volym av vård (2012-14)<br><br>Ansvar för behov i befolkning i hela RS (2015-) | Årlig uppräknings (justerad för demografiska förändringar) av 2011 års tilldelning |

Källa: Region Skånes budgetar samt intervjuer med Lotta Karbassi och Göran Ingvarsson

I den nya anslagsmodellen såväl som i det rörliga systemet gäller att oförbrukade anslag återgår till HSN efter årets slut. Eftersom ramen för nästkommande år baseras på en uppräknings av 2011 års ram finns det ingen anledning för förvaltningarna att förbruka sina anslags av strategiska skäl inför kommande års

budgetprocess, vilket hade varit fallet om anslaget baserades på historiska utfall. Sådant var däremot fallet i den anslagsmodell som användes före 2006. Till skillnad från anslagsmodellen som användes före 2006 finns inget geografiskt befolkningsansvar kopplat till anslaget.

## **3.2. METOD OCH DATA**

Studien bygger ett empiriskt material bestående av fem delar:

- Intervjuer med nyckelpersoner bakom reformen och chefer som påverkats av den (Intervjuguide finns i Bilaga 1).
- Dokumentgranskning med primärt fokus på regionens budgetar och uppdragsbeskrivningarna till sjukhusförvaltningarna under perioden före respektive efter återgången till anslag (se Bilaga 2).
- Registerdata från regionens administrativa databaser avseende produktion (mixpoäng) och diagnoser, kostnader enligt Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), och budgetföljsamheten per förvaltning enligt Regionens årsredovisningar.
- Registerdata från Socialstyrelsens patientregister avseende produktion av vårdtillfällen, DRG-poäng och antal diagnoser per vårdtillfälle för Skåne och övriga landet.
- Webenkät till mellanchefer (verksamhets-, områdes- och enhetschefer) i Region Skånes förvaltningar (Bilaga 3).

### **3.2.1 Intervjuer**

Tabell 2 beskriver de intervjuer som genomförts inom ramen för studien. För att få kunskap om resonemangen bakom utvecklingen av ersättningssystemet intervjuades två medarbetare vid koncernkontoret. Den ena intervjun (stabschef ekonomi) skedde i början av studien för att skapa en inledande grundläggande förståelse för utvecklingen och den andra (ekonom) i slutet av studien för att kvalitetsgranska och validera den information som samlats in under studiens gång.

För att undersöka hur förändringen uppfattas på utförarsidan intervjuades chefer på två nivåer i de tre större förvaltningarna (SUS, Sund och Kryh). På förvaltningsnivå, den nivå som tar emot huvudmannens uppdrag, gjordes totalt sex intervjuer med förvaltningschefer samt respektive förvaltnings ekonomichef. Av dessa hade tre chefer varit med under bågge ersättningsmodellerna medan de tre övriga rekryterats efter återgången till anslag. Intervjuerna med de senare syftade till att undersöka dagens tillämpning av modellen snarare än skillnaden mot den gamla modellen.

Längre ut i organisationen intervjuades cheferna för sex medicinska verksamhetsområden (fyra läkare, två sjuksköterskor) och en verksamhetscontroller (ekonom). Organisationsmässigt utgör verksamhetsområdena nivån mellan förvaltningsnivån och klinikerna; verksamhetscheferna är alltså inte chefer över kliniker (enhetschefer), utan chefer över enhetschefer. Fyra urvalskriterier

tillämpades vid valet av verksamhetsområden: 1) verksamhetschefer med erfarenhet av båda ersättningsmodellerna; 2) likartad nivå i tilldelning av resurser före och efter förändring i ersättningsmodell; 3) olika typer av medicinsk specialitet; 4) minst ett verksamhetsområde från vardera förvaltningen. Alla utom en av de intervjuade verksamhetscheferna hade arbetat i regionen åtminstone sedan år 2005 och alla utom en hade varit i chefsposition sedan åtminstone år 2010.

**Tabell 2.** Intervjuer

| Respondent                        | Förvaltning     | Datum (intervjuns längd)   |
|-----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| Stabschef, ekonomi                | Koncernkontoret | 7 juni 2017 (64 min)       |
| Ekonom                            | Koncernkontoret | 28 september 2017 (66 min) |
| Förvaltningschef A                | SUS             | 31 maj 2018 (31 min)       |
| Förvaltningschef B                | Sund            | 16 maj 2018 (47 min)       |
| Förvaltningschef C                | Kryh            | 4 juni 2018 (49 min)       |
| Ekonomichef A                     | SUS             | 20 september 2017 (64 min) |
| Ekonomichef B                     | Sund            | 19 september 2017 (72 min) |
| Ekonomichef C                     | Kryh            | 22 september 2017 (53 min) |
| Verksamhetschef 1, vuxenpsykiatri | Sund            | 16 juni 2017 (66 min)      |
| Verksamhetschef 2, ortopedi       | SUS             | 8 juni 2017 (75 min)       |

|                                     |      |                        |
|-------------------------------------|------|------------------------|
| Verksamhetschef<br>3, kirurgi       | Kryh | 15 juni 2017 (62 min)  |
| Verksamhetschef<br>4, neurologi     | SUS  | 25 april 2018 (81 min) |
| Verksamhetschef<br>5, njurmedicin   | SUS  | 26 april 2018 (75 min) |
| Verksamhetschef<br>6, medicinklinik | Kryh | 25 april 2018 (41 min) |

Båda forskarna medverkade vid samtliga intervjuer och deltog i analysen av intervjuerna, som spelades in och transkriberades. Intervjuerna var semistrukturerade utifrån en intervjumall som täckte följande områden: kunskap om ersättningsmodellerna, bakgrunden till återinförandet av anslag, införandet av nya modellen, konsekvenser för styrningens inriktning och grad av styrning, övergripande modell för styrning/uppföljning och förändringar av denna, medarbetarmotivation och tillit mellan ledningsnivåer (Bilaga 1).

### 3.2.2 Registerdata

Med data från Region Skånes ekonomisystem åskådliggör vi det totala antalet producerade mixpoäng i Skåne per år under 2005-2016. På grund av förändringar i DRG-logiken har vi utifrån de årsvisa procentuella ökningarna av antalet producerade mixpoäng konstruerat en kumulativ utveckling med 2005 som basår.<sup>13</sup>

För att jämföra utvecklingen av vårdproduktion – vårdtillfällen och DRG-poäng – i Skåne med övriga landsting använder vi data från det nationella Patientregistret. Patientregistret, som sköts av Socialstyrelsen innehåller ursprungligen information från landstingens egna vårddatabaser, men det finns några noterbara skillnader: i) Patientregistret innehåller bara vårdtillfällen där läkare varit involverade, ii) DRG-poängen i Patientregistret är framräknade utifrån nationella DRG-vikter som inte exakt motsvarar Region Skånes mixpoäng (eftersom Socialstyrelsen inte har kunskap om Region Skånes interna priser och

---

<sup>13</sup> Eftersom DRG-logiken och priserna uppdateras varje år är det missvisande att jämföra olika års antal mixpoäng utifrån deras respektive års logiker. Regionen gör därför varje år en beräkning av antalet mixpoäng som föregående års produktion motsvarar utifrån innevarande års logik. Förändringar i DRG-logiken har ofta har betydande inverkan på totala antalet mixpoäng, som inte kan antas bero på förändringar i arbetssätt. Vi bedömer därför att det är mer rättvisande att beräkna produktionsutvecklingen med konstanthållen DRG-logik.

inte har kunskap om vård som utförts av andra vårdgivare än läkare). Vårt dataset från Patientregistret innehåller även information om antalet läkarbesök och vårdtillfällen samt antalet huvud- respektive bidiagnoser. Det ursprungliga datasetet innehåller kvartalsvisa observationer på MDC<sup>14</sup>-nivå inom sjukhus, separat för öppenvård och slutenvård, under perioden 2007-2016. Flera landsting hade ännu inte levererat komplett data för 2016 vid tidpunkten för vårt datauttag, varför våra analyser av dessa data enbart sträcker sig till 2015. I rapporten redovisas årliga totaler över alla MDC för i) övriga landsting, ii) de tre skånska förvaltningarna (Hälsostaden har slagits ihop med Sund) respektive iii) hela Skåne.<sup>15</sup>

Data om nettokostnader för specialiserad somatisk vård respektive psykiatrisk vård samt köp av privata vårdgivare kommer från Kolada (2008-2016). Läkemedelskostnader ingår inte i dessa kostnadsdata. Kostnaderna är angivna i 2016 års priser om inte annat anges. Från Kolada har vi även hämtat uppgifter om antalet landstingsanställda (månads- och timavlönade) inom specialiserad somatisk respektive psykiatrisk vård i Skåne.

Slutligen har vi sammanställt förvaltningarnas budgetavvikelser utifrån vad som framgår av driftsredovisningarna till Region Skånes årsredovisningar 2006-2016. Endast egenproduktion ingår. Tyvärr särredovisas inte den specialiserade vården efter år 2013. Därför visar vi även utvecklingen av den sammanlagda budgetavvikelsen för specialistvård vård, primärvård och tandvård.

### 3.2.3 Enkät

För att komplettera bilden av ersättningsmodellerna som getts i intervjuerna med verksamhetschefer gjorde vi en enkät riktad till mellanchefer (=verksamhetschefer, områdeschefer och enhetschefer). Enkäten, som återfinns i Bilaga 3, innehöll frågor om chefernas erfarenheter av de båda ersättningsmodellerna utifrån perspektiven professionellt handlingsutrymme och konsekvenser av bytena av ersättningsmodell. Andra frågor rörde uppdragets tydlighet, inflytande över uppdraget, och uppfattning om resurser. Enkäten pilottestades i maj 2018 genom ett riktat utskick till de verksamhetschefer som ingått i vår intervjustudie. En återkom med mindre förslag på ändringar, som vi implementerade.

I juni 2018 skickade vi ut en inbjudan med en länk till enkäten per e-post till alla verksamhets-, områdes- och enhetschefer som var anställda i april 2018 (775

---

<sup>14</sup> Major Diagnostic Categories, en övergripande indelning som används i det nordiska DRG-systemet. Varje kapitel motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem (t ex MDC 1 Sjukdomar i nervsystemet) eller av en viss orsak (t ex MDC 21 Skador, förgiftningar och toxiska effekter).

<sup>15</sup> Data från öppenvården saknas år 2005-2006 för vissa landsting. Därför startar vi jämförelsen år 2007.

personer) och som inte redan hade svarat på vår pilotenkät. Efter två påminnelser och tre månader hade 292 svar kommit in, vilket motsvarar en total svarsfrekvens på 37%.

Det är inte ovanligt med så låga svarsfrekvenser i enkätstudier, men det är icke desto mindre problematiskt eftersom generaliserbarheten kan ifrågasättas. Förmodligen är icke-respondenterna mindre intresserade av ersättningsmodeller än respondenterna, vilket kan leda till att enkätsvaren överskattar betydelsen av ersättningsmodellerna. Icke-respondenterna skulle också kunna vara mer upptagna eller stressade än dem som tagit sig tid att besvara vår enkät.<sup>16</sup> På vilket sätt detta inverkar på uppfattningen om ersättningsmodeller är svårt att säga.

En låg svarsfrekvens är mindre problematisk om de svarande verkar representativa för populationen som helhet. Vi har tillgång till en mindre mängd bakgrundsinformation för hela populationen, nämligen uppgifter om befattning och tillhörighet till de administrativa kategorierna förvaltning respektive division. Avseende förvaltningstillhörighet finns en viss underrepresentation av svarande från SUS (43% av svaren men 49% av populationen) och en överrepresentation av svarande från Sund (39% av svaren men 35% av populationen; respondenter från Kryh och Hälsostaden utgör ungefär lika stor andel av alla respondenter som förväntat utifrån deras förvaltningars storlek. Vad gäller division är representationen i allmänhet god, bortsett från en överrepresentation från *Div 5 psykiatri* (23% av respondenterna vs 17% av populationen) och en underrepresentation av *SUS Sjukhus* (39% vs 46%).<sup>17</sup> Sett till chefsbefattning utgör enhetschefer 83% av populationen och 82% av respondenterna; svarsfrekvensen bland enhetschefer är 37%. För områdeschefer är motsvarande siffror 9% av populationen, 8% av respondenterna och svarsfrekvensen 33%. Verksamhetschefer är något överrepresenterade eftersom de utgör 11% av respondenterna men endast 8% av populationen; deras svarsfrekvens är 50% (32 av 64 verksamhetschefer har besvarat enkäten).

Sammantaget får ändå resultaten från enkäten tolkas med försiktighet. Framförallt är det olämpligt att generalisera svarsandelar till hela populationen av chefer.

---

<sup>16</sup> Ett tjugotal chefer hörde av sig för att avböja sin medverkan; oftast utan närmare motivering, men de som angav skäl nämnde att de inte ansåg sig vara rätt målgrupp.

<sup>17</sup> Divisionerna utgörs av Div 1 Förvaltningsledning (0.13% av populationen); Div 1 Förvaltningsledning Sund (0.53%); Div 2 Somatisk Sjukhusvård (17.83%); Div 5 Hässleholms sjukhus (2.25%); Div 5 Psykiatri (17.31%); Div 6 Lasarettet i Ystad (3.43%); Div 7 Centralsjukhuset Krstd (8.32%); SUS Förvaltnings gem adm (3.70%); och SUS Sjukhus (46.37%).

Resultaten presenteras för att ge en rikare bild av mellancheftsnivån än vad de sex intervjuerna med verksamhetschefer medger.

## KAPITEL 4

# RESULTAT

### 4.1. UTVECKLING AV VÅRDPRODUKTION OCH KOSTNADER: ANALYS AV REGISTERDATA

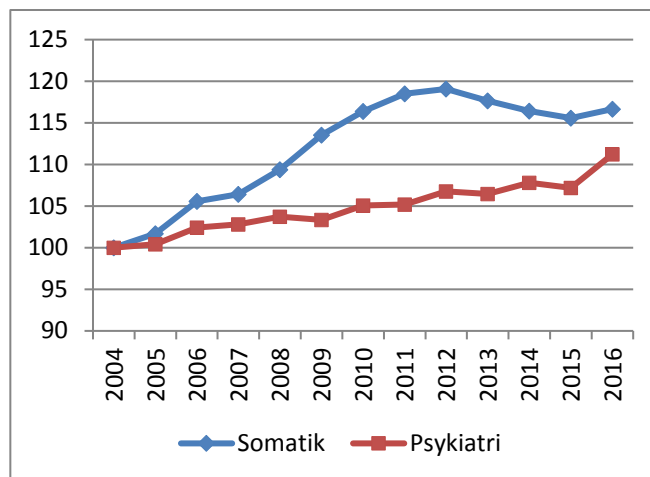
Detta avsnitt belyser utvecklingen av vårdproduktion, kostnader och produktivitet. Först avhandlar vi utvecklingen inom somatisk och psykiatrisk vård i Region Skåne, innan vi gör en jämförelse avseende den somatiska vården i Skåne och resten av landet.

#### 4.1.1 Utveckling i Skåne

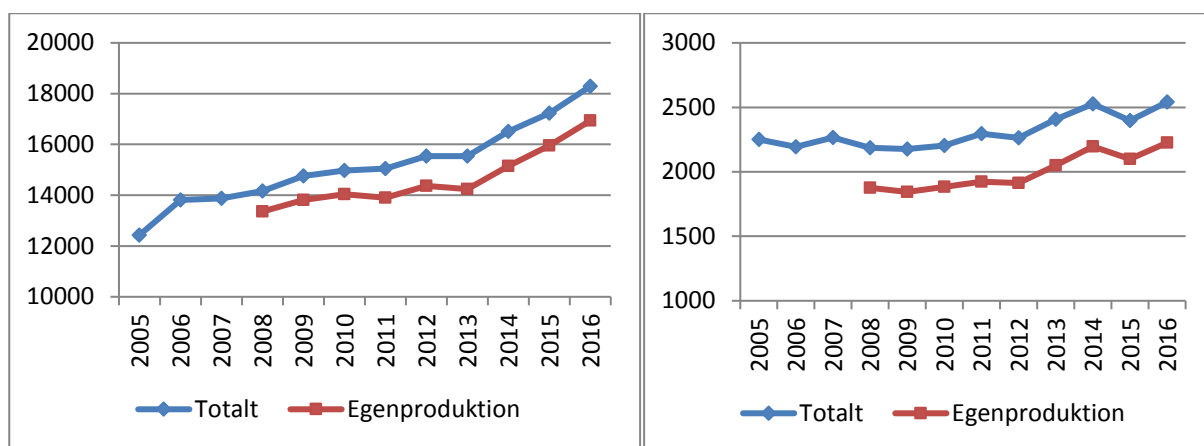
Figur 3 visar 2005-2016 års utveckling jämfört med år 2004 avseende totalt antal mixpoäng i somatisk (blå) respektive psykiatrisk (röd) vård. Inom den somatiska vården ökade antalet mixpoäng varje år mellan 2005-12, varefter antalet har sjunkit fram till vändningen år 2016. Figur 4a) visar att kostnaderna i regel varit ökande under perioden, med undantag för en liten, men anmärkningsvärd, *minskning* mellan år 2012 och 2013. Sammantaget minskade alltså produktionen år 2014-2015 *trots* att mer pengar kom in i systemet. Figur 5 visar utvecklingen av produktiviteten, dels mätt som mixpoäng per krona (Figur 5a) och dels mätt som mixpoäng per årsarbetare (Figur 5b). Med det första måttet kan vi konstatera att produktiviteten ökade varje år 2009-2011 men föll vart och ett av de fem åren med anslag. Om produktiviteten istället mäts i mixpoäng per årsarbetare verkar det som att produktivitetstappet tog fart först år 2014. Notera dock att upphämtningen år 2015 inte kompenserar för fallet mellan 2013-14.

Inom psykiatrin har produktionen ökat mer eller mindre konstant under hela perioden 2005-16, utan avsevärda trendbrott (Figur 3). Kostnaderna har dock också ökat (Figur 4b). Även psykiatrin karakteriseras av lägre produktivitet efter återgången till anslag sett till antal mixpoäng per krona; mäts produktiviteten som mixpoäng per anställd tycks det istället vara stabilt över tid.

Figur 6 visar de redovisade budgetavvikelseerna för sjukhusen (2006-2013) och för all egenproducerad vård i Skåne (2006-2016). Som synes har Region Skåne årliga budgetöverskridanden inom vården som inte tycks ha minskat efter återgången till anslag.



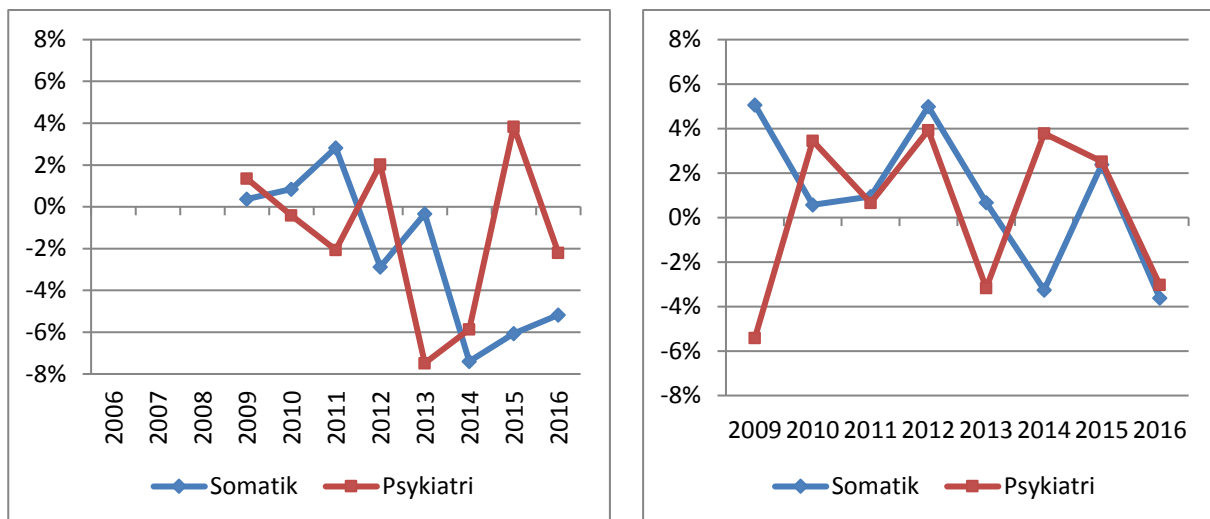
**Figur 3.** Producerade mixpoäng i Skåne, kumulativ utveckling sedan 2004. Källa: Region Skånes ekonomisystem



a) Somatisk vård

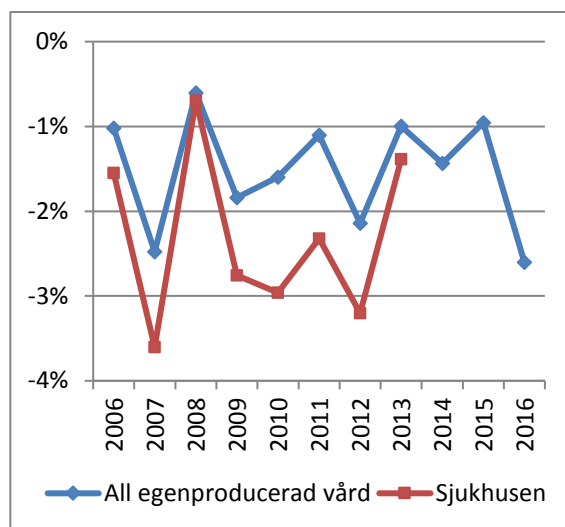
b) Psykiatri

**Figur 4.** Nettokostnader (mkr). Källa: Kolada.



a) Mixpoäng per krona (egenproduktion) b) Mixpoäng per landstingsanställd årsarbetare

**Figur 5.** Produktivitetsutveckling från föregående år. Vård i egen regi. Källa: Region Skånes ekonomisystem (mixpoäng) och Kolada (kostnader och anställda).



**Figur 6.** Budgetavvikelse i % av intäkter. Källa: Region Skånes årsredovisningar.

#### 4.1.2 Jämförelse med resten av Sverige

Efter att ha tittat på Skåne separat jämförs härnäst utvecklingen inom somatisk vård i Skåne och övriga landet. Figur 7 visar utvecklingen av antalet vårdtillfällen (Figur 7a) och DRG-poäng (7b) i de tre skånska sjukhusförvaltningarna respektive resten av landet. På grund av de stora skillnaderna i volymer sätts varje

års produktion i relation till 2007 års nivå.<sup>18</sup> I övriga landet producerades nästan 40% fler vårdtillfällen år 2015 än 2007, medan utvecklingen var mer blygsam i Skåne (Fig 7a). Det bör noteras att Skånes svagare utveckling inte helt kan skyllas på återgången till anslagsfinansiering år 2012; att utvecklingen i Skåne var svagare mellan 2007 och 2008 får konsekvenser genom hela perioden. Icke desto mindre visar figuren att volymtillväxten varit svag efter återgången till anslagsfinansiering. Figur 7c), som bryter ned Skånes siffror på förvaltningsnivå,<sup>19</sup> visar att detta gäller både Kryh och SUS, medan försvagning dröjde till år 2014 i Sund.

Föregående avsnitt visade att även ”värdet av produktionen”, d v s antalet som mixpoäng, utvecklats svagt i Skåne efter återgången till anslag. Av vår jämförelse i fig 7b) får ändå sägas att detta är en utveckling som delas med resten av landet, åtminstone vad gäller insatser där läkare är inblandade (Region Skånes mixpoäng inkluderar ju även insatser av andra yrkeskategorier).<sup>20</sup> Av figur 7d) ser vi vidare att det främst är SUS som sticker ut med en sämre utveckling efter återgången till anslag.

Sätter man utvecklingen av vårdtillfällen och DRG-poäng i relation till varandra kan man förvisso påpeka att resten av landet haft en starkare volymutveckling än Sund och Kryh, men i hög utsträckning är dessa volymer ”lågvärdiga” i termer av DRG-poäng. Ur detta perspektiv kan Sund och Kryhs eftersläpning i volym betraktas som mindre problematisk. Det ska dock noteras att SUS står för halva produktionen av DRG-poäng i Skåne, varför Skåne som helhet halkat efter resten Sverige i tillväxt av DRG-poäng.<sup>21</sup>

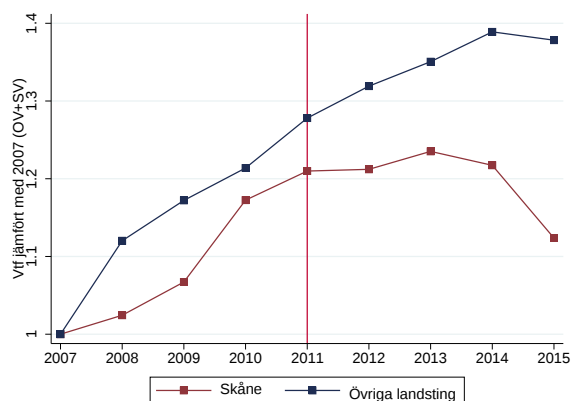
---

<sup>18</sup> Pga av brister i rapportering till Patientregistret för öppenvården startar tidsserien år 2007 och slutar år 2015. Därav skönjes inte SUS upphämtning år 2016 i dessa figurer.

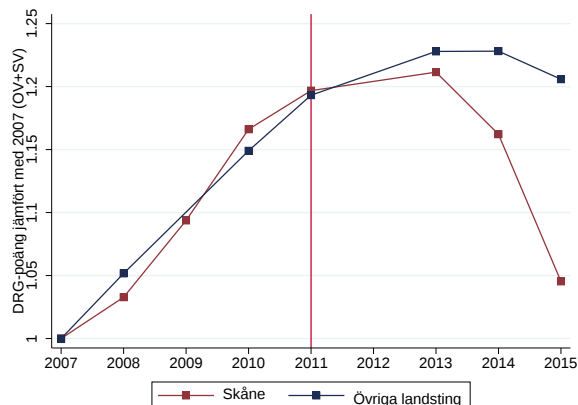
<sup>19</sup> Hälsostraden har slagits samman med SUND.

<sup>20</sup> I denna figur bör noteras att figurerna saknar data för just år 2012 för hela landet, och för alla utom Skåne år 2009, p g a orimliga tidsseriebrott: År 2009 ökar DRG-poängen orealistiskt mycket i resten av landet och år 2012 sjunker DRG-poängen orealistiskt mycket i hela landet. Brottet år 2012 beror förmodligen på övergången till nytt klassificeringssystem (Nord-DRG-CC) detta år.

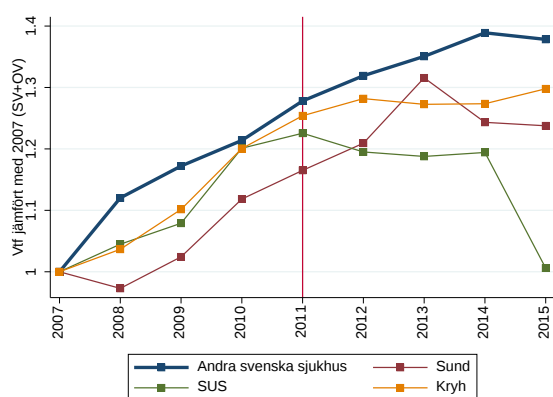
<sup>21</sup> En möjlig anledning till den fallande produktionen 2014-15 skulle kunna vara att regionen år 2014 införde vårdval inom ögon och hud, som tillsammans står för ca 15% av vårdtillfällena och 5% av DRG-poängen i offentligt producerad öppen- och slutenvård. För att undersöka detta har vi skapat liknande grafer där vi exkluderat de två medicinska diagnoskategorierna 2 (ögon och närliggande organ) och 9 (hud och underhud). Detta har inte någon synbar påverkan på DRG-utvecklingen och påverkar faktiskt inte heller bilden för vårdtillfällen i avsevärd utsträckning. Det vill säga, det ökade inslaget av privata vårdproducenter inom ögon-/hudvård har inte drastiskt påverkat produktionen inom den offentliga ögon/hud-vården utan lett till en ökad totalproduktion.



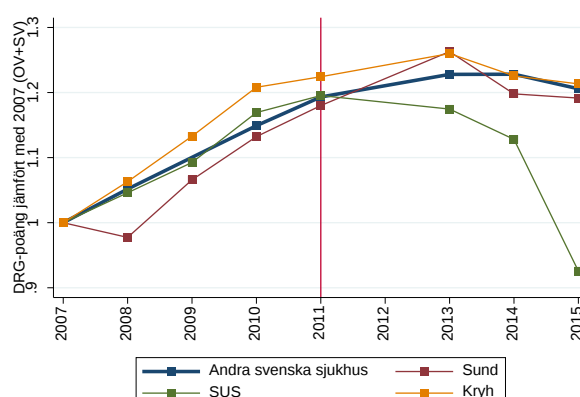
a) Antal vårdtillfällen, Skåne totalt



b) Antal DRG-poäng, Skåne totalt



c) Antal vårdtillfällen, per skånsk förvaltning



Obs! Brott i DRG-tidsserie 2009 (ej Skåne) resp 2012 (hela Sverige).

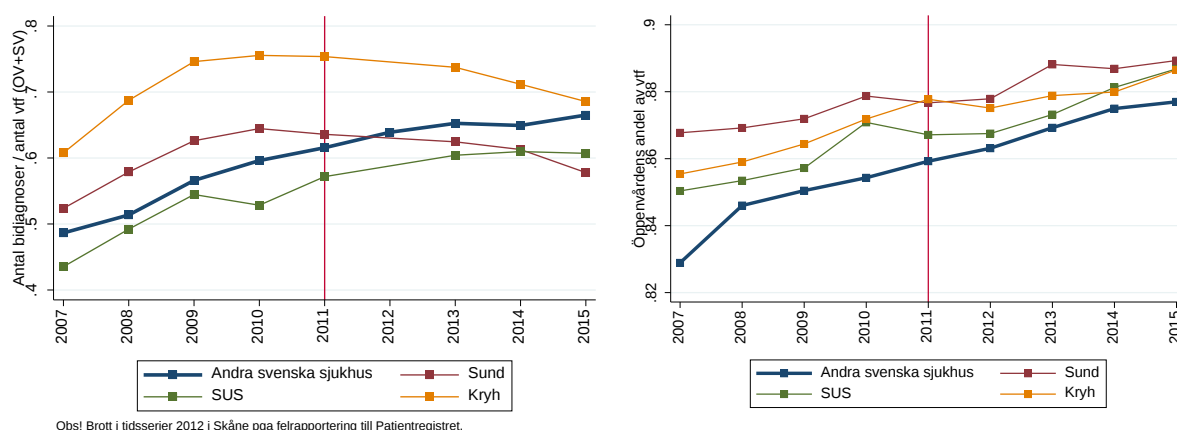
d) Antal DRG-poäng, per skånsk förvaltning

**Figur 7.** Jämförelse med övriga Sverige: volymer (vårdtillfällen, vtf) och DRG-poäng. Utveckling jämfört med 2007 (=1). Öppen och sluten somatisk vård. Källa: Patientregistret.

Eftersom DRG-ersättningen är tätt kopplad till diagnosregistrering är det också intressant att titta på utvecklingen av diagnoser i patientregistret. Figur 8a nedan visar det genomsnittliga antalet bidiagnoser, som ju är de som på marginalen ofta sägs användas för att öka på DRG-poängen (alla vårdtillfällen med läkare involverad, d v s alla i våra data från Patientregistret, har en huvuddiagnos). Figuren ger vid handen att en eventuell avtrappning av bidiagnosjakten efter återgången till anslag främst har skett i Sund och Kryh, medan SUS följt samma trend som övriga landet. Avtrappningen av bidiagnoser i Kryh och Sund kan tyckas svårförenlig med deras ökade antal DRG-poäng, men skulle kunna förklaras av dyrare huvuddiagnoser; DRG-vikten avgörs ju inte bara av antalet diagnoser, utan även av diagnosernas vikt. Annorlunda uttryckt: Figur 7d och 8a

indikerar att Kryh och Sund tagit hand om patienter med dyrare huvuddiagnoser efter återgången till anslagsfinansiering.

Figur 8b) visar andelen vårdtillfällen som skett i öppen (i motsats till sluten) vård. Om Skåne ökat denna andel efter återgången till anslag, eftersom det inte längre straffade sig att välja det billigare öppenvårdsalternativet, skulle detta ha kunnat förklara deras eftersläpning i DRG-poäng, eftersom öppenvårdstillfällen ger sämre betalt. Som synes följer dock Skåne den nationella trenden, och tycks inte ha ökat öppenvårdsandelen mer efter återgången till anslag.



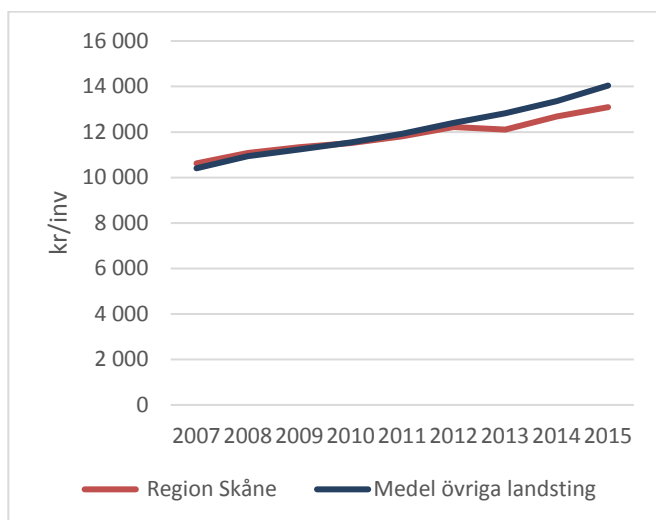
a) Antal bidiagnoser per vårdtillfälle

b) Andel vårdtillfällen i öppenvård

**Figur 8.** Jämförelse mellan skånska förvaltningarna och övriga Sverige: bidiagnoser (öppen och slutenvård) och öppenvårdens andel. Somatisk vård. Källa: Patientregistret.

I Figur 9 visas utvecklingen av kostnaderna för somatisk vård per invånare. Flera saker är värda att notera. För det första: inbromsningen av kostnaderna i Skåne mellan år 2012 och 2013 saknade motstycke i resten av landet, och sätter i någon mån den svagare skånska produktionsutvecklingen i ljusare dager (det kan noteras att KPI-inflationen var 0% mellan dessa år). För det andra: bortsett från dessa år har regionens kostnadsutveckling följt resten av landets. Svårigheten att avvika från landet som helhet tyder på att kostnadsmassan huvudsakligen drivs av faktorer utom huvudmännens kontroll, medan exempelvis ersättningsmodellen har begränsad betydelse. För det tredje: produktiviteten, mätt som DRG-poäng per krona, har fallit både i Skåne och i resten av Sverige. Antalet mixpoäng i övriga Sverige ökade med 20% mellan 2007 och 2015, medan kostnaderna ökade med 30% i reala termer; en produktivitetsminskning om 10%. Utvecklingen i Skåne var dock ännu svagare, med en 26%-procentig kostnadsökning men bara

omkring 5% fler mixpoäng och således en produktivitetsminskning om 21%.<sup>22</sup> Eftersom vi vet att 2015 var ett exceptionellt dåligt år för SUS<sup>23</sup> kan det vara rimligt att nämna att produktivitsfallet mellan 2007 och 2014 var ungefär 3% i såväl Skåne som i resten av Sverige.<sup>24</sup>



**Figur 9.** Nettokostnad specialiserad somatisk vård, kronor per invånare. Löpande priser.  
Källa: Kolada

## 4.2. UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR VERKSAMHETER: ANALYS AV INTERVJUER

Att Region Skåne haft en svag utveckling av produktion och ökade kostnader är känt i organisationen. De intervjuade verksamhetscheferna framhöll dock att systemet för resursfördelning har begränsad betydelse jämfört med andra faktorer såsom patientflöden och de totala budgetramarna. De tycktes dock inte mena att ersättningsmodellen är betydelselös: de hade klara åsikter om olika modellers teoretiska för- och nackdelar, och lyfte fram konkreta exempel på hur deras egna eller andra chefers beteende påverkats av ekonomiska överväganden. Ingen av de intervjuade verksamhetscheferna trodde att omläggningen till anslag hade haft någon betydelse för vårdpersonalen närmast patienterna. En chef beskrev att vårdpersonalen inte motiveras av budgeten, utan att chefen måste levandegöra den genom att illustrera konsekvenserna av olika handlingar i icke-monetära termer,

<sup>22</sup> Överslagsberäkning utifrån att SUS står för 50% av Skånes totala DRG-poäng och att deras DRG-poäng år 2015 var drygt 90% av 2007 års (se Fig 7d) samt att övriga förvaltnings DRG-poäng var 120% av 2007 års.

<sup>23</sup> Vår data från Socialstyrelsens patientregister inkluderar även 2016 för Region Skåne och vissa andra landsting, se avsnittet Metod och data - Registerdata.

<sup>24</sup> I Skåne ökade DRG-produktionen med ca 16% (baserat på Fig 7b ovan) och de reala kostnaderna med 19% mellan dessa år; i resten av Sverige var ökningarna ca 22% respektive 25%.

exempelvis genom att visa på avvägningen mellan att skriva ut dyra läkemedel och att kunna öka bemanningen. Att professionen framförallt drivs av en vilja att hjälpa människor framhölls av alla cheferna.

Ingen verksamhetschef ansåg att frihetsgraderna ökat efter återgången till anslag. Inte heller de chefer på förvaltningsnivå som varit med under båda systemen tyckte handlingsfriheten ökat. Uppfattningen var att uppföljningen av produktion ("pinnar") och ekonomi varit i stort sett oförändrad, eller till och med ökat i detaljeringsgrad. Chefer på såväl verksamhets- som förvaltningsnivå lyfte fram att *deras* chefer följde upp verksamheten på ungefär samma sätt och i samma grad som tidigare.

*"Det är snarare ännu mer detaljstyrt idag. (...) man räknar använda resurser, man räknar antalet anställda, man räknar antalet slutna vårdtillfällen och öppenvårdtillfällen. Och det är pinnar över allt i det här nya systemet. ... Det är enorma avstånd i organisationen och en oerhörd brist på tillit här nere gentemot de där uppe."* (Verksamhetschef 1)

*"Jag upplever att det är mindre tillit nu när det skulle vara färre detaljer (...) för jag tycker vi präglas av väldigt mycket uppföljning (...) Jag tycker inte vi har hamnat där [i målstyrning]. Jag tycker mer vi har hamnat i detaljer att vi ska göra på det här sättet. Om du inte fixar det så får vi följa upp!"* (Ekonomichef C)

*"Jag har aldrig följt upp så mycket som nu, de senaste åren. Kanske är någon annan som sagt det också?"* (Förvaltningschef C)

Icke desto mindre gavs exempel på förändringar som ägt rum trots liknande uppföljning av samma parametrar som tidigare. Specifikt framhöll de flesta att kvaliteten på diagnosregistreringar har försämrats efter det att den DRG-baserade ersättningen har tagits bort, eftersom registreringen i sig inte längre leder till mer resurser.

*"... det är klart att man registrerar mindre noggrant, så statistiken är mindre pålitlig när det inte är pengar kopplat till det. Sedan kan man säga att den är opålitlig när det är pengar inkopplade för då kan man säga att det är en överregistrering också då. Men man får olika typer. Man kan inte jämföra registrering som är kopplade till*

*pengar och registrering som inte är kopplat till pengar för man registrerar ju helt olika. (Verksamhetschef 1)*

Två av verksamhetscheferna menade att de i själva verket hade *förlorat* frihetsgrader vid återgången till anslagsmodellen. I den rörliga modellen hade de kunnat "arbeta ihop" till ökade resurser genom att öka produktionen (låt vara på bekostnad av någon annans verksamhet), men i anslagsmodellen var det inte möjligt att påverka ramarna under löpande budgetår genom att ta sig an patienter från andra sjukhus:

*"Gör jag en förändring den första april så kan jag inte få budget för det. På något vis kunde man det i den andra modellen för jobbade vi lite mer kunde vi få in lite mer och då kunde det räcka till att finansiera något annat. Så det kan jag ändå känna är ett hinder i denna modellen." (Verksamhetschef 2)*

Verksamhetscheferna ansåg inte att någon av modellerna är mer gynnsam för driva fram innovationer eller effektivare arbetssätt. En verksamhetschef menade att anslagsmodellen ger desamma eller sämre förutsättningar för att arbeta innovativt.

*"Det är klart att man kan säga att det gamla sättet kanske mer gynnar ett innovativt arbetssätt därför om du kan få in mer pengar, patienter, utan att dina kostnader rinner iväg så har du förmåga att göra en god ekonomi, precis som i ett företag ungefär. Men nu så kan du ju inte riktigt påverka. Jag tror att det gör detsamma i och för sig." (Verksamhetschef 1)*

#### **4.2.1 Fyra faktorer tycks ha dämpat konsekvenser av förändringen**

Resultaten visar att mycket kan hända med styrsignalen från huvudmannen på vägen till medarbetare ute i verksamheterna. Fyra faktorer tycks ha dämpat effekten av förändringarna i ersättningsmodellen:

1. Verksamhetschefer har utvecklat strategier för att dämpa effekten av förändrade styrsignaler i själva verksamheten generellt. Flera av de intervjuade verksamhetscheferna förklarade att den främsta uppgiften för deras verksamhet är att tillgodose patienters behov, och detta alldeles oavsett den externa styrningen. Intervjuerna bland verksamhetscheferna beskrev en bild av svag tillit mellan verksamheten och tjänstemän och politiker högre upp i styrkedjan och att detta gäller oavsett princip för att fördela resurser. Verksamhetscheferna gav också uttryck för att det i större utsträckning fanns tillit mellan dem och medarbetare längre ut i organisationen än mellan dem och chefer högre upp i styrkedjan. De

vittnade om att de i sin roll som chef i viss mån dämpade de olika signalerna uppifrån. De menade att en majoritet av medarbetarna inte vet hur ersättningsmodellen fungerar eller att den har bytts ut vid olika tillfällen. I en kontext med återkommande förändringar menade de att en av deras viktigaste uppgifter är att ge medarbetare en känsla av lugn och ro att kunna utföra sitt dagliga arbete med patienter. Därför dämpade de i många fall styrsignaler mellan sina medarbetare och chefer högre upp i styrkedjan.

*”Det är rätt intressant i personalens vardag så är det ju fortfarande så att man får betalt [för vad man registrerar].” (Verksamhetschef 3)*

*”Jag har ju alltid trott på det här [DRG-baserade] systemet. Så vi har ju fortsatt att leva efter det. (...) Jag tror att det återkommer [så då blir det en smidig övergång tillbaka]. Dessutom tycker jag att det är ett bra sätt att styra.” (Verksamhetschef 4)*

*”Men jag jobbar ju lite speciellt för jag låtsas ju inte om att vi är budgetfinansierade. ... utan att vi är intäktsfinansierade. Jag vet att vi inte är det men för att åstadkomma en bra vård så låtsas jag att vi är det. Det vill säga, vi ska ta emot så många skånska patienter som vi kan förmå inom de ramar vi har här. Men det finns ju inget incitament i det här systemet. Det gör det ju bara om jag går omkring och låtsas som att det är intäktsfinansierat. (Verksamhetschef 1)*

2. Det kan vara svårt att implementera renodlade ersättningsmodeller. I Region Skåne utgjorde den rörliga ersättningen, som tillämpades 2006-2011, i praktiken aldrig mer än 60% av den totala ersättningen. Och under de första åren efter återgången till anslag år 2012 specificerades fortfarande volymuppdrag till vårdgivare. Därför upplevdes inte skiftet mellan fast anslag och rörlig DRG-baserad ersättning och tillbaka till anslag igen som så drastiska förändringar för många.

*”När hände det egentligen ett shift? Ja inte alls på ett sätt. Om man ska hårdra så blev det ju aldrig ett shift därför att vi fick ju aldrig en rörlig ersättning på riktigt. Utan vi fick en budget, den var förstås konstruerad utifrån det gamla uppdraget, men det var ju nästan så man räknade baklänges så att det skulle bli den budgeten. (...) jag kan inte riktigt tycka det, att det någonsin blev DRG, inte hos oss.” (Verksamhetschef 3)*

3. Ersättningsmodellen är endast en del av huvudmännens sammantagna styrning av vårdgivare. Resultaten visar att de effekter som i termer av ökad professionell autonomi att utforma sin verksamhet som anslagsfinansiering medger kan ha motverkats av andra kontrollerande faktorer. Verksamhetscheferna kände inte att de kunde ta tillvara det ökade handlingsutrymmet eftersom återgången till anslag kopplades till en fortsatt hög grad av uppföljning av volymer, åtminstone initialt. De menade att det fokus på prestationsmätning- och uppföljning som inleddes på 1990-talet alltså dominerar, oberoende av vilken ersättningsmodell som tillämpas.

*”Det som hände där då [på slutet av 90-talet], det var ju att man utbildade sekreterare till DRG-ansvariga, så det var ju väldigt konkret. (...) vi fick väldigt mycket registreringsdirektiv (...) det är ju väldigt mycket såhär, nu ska det registreras så in i helsike, det är ju än idag.” (Verksamhetschef 3)*

4. Incitament helt utanför huvudmannens kontroll kan dämpa konsekvenser av en förändring i ersättningsmodellen. Politiska budskap och statliga satsningar kan utgöra nog så starka signaler som huvudmännens styrmodeller för verksamheter i svensk sjukvård enligt resultaten från intervjuerna. Flera påpekade att politiska utspel orsakar en kortsiktighet i styrning och ledning av svensk hälso- och sjukvård generellt och att de politiska signalerna är extra starka under ett valår. Ett konkret exempel på en statlig satsning som flera ansåg ha överskuggat styrsignalen kopplat till en förändrad ersättningsmodell är den statliga Kömiljarden år 2009-2014. Denna satsning som satte tillgänglighet (att producera många vårdkontakter) i fokus för vården kan ha dämpat förändrade styrsignaler kopplat till skiftet i ersättningsmodell, vilket sammanföll med denna period.

*”Det är helt vansinnigt att leva i en demokrati där man inte har någon långsiktighet, där det hela tiden ska bytas fokus. Varje val ska vi gå åt det hållet, sedan ska vi gå åt det hållet. En [sjukvårds]organisation måste ha långsiktighet i sin planering.” (Verksamhetschef, 5)*

*”De är ju hopplösa de statliga pengarna, för det är jättesvårt att veta att det finns en statlig satsning i tre år, och sen ska man bygga upp för den verksamheten, och redan nu tänka att vi ska bygga ner verksamheten om 3 år, och sen när det gått 2,5 år så får man reda*

*på att den finns kvar i ett år till. Så det är rätt svårt att styra på de pengarna.” (Förvaltningschef, förvaltning C)*

*“Under valår så är den politiska signalen stark så det ska man inte glömma bort. (...) När man ska förändra sin ersättningsmodell så ska man göra det första året för att få en stabilitet och långsiktighet.” (Förvaltningschef, förvaltning C)*

## **4.3. UPPLEVDA KONSEKVENSER FÖR STYRNING OCH LEDNING: ANALYS AV INTERVJUER**

Vad gäller hur en återgång till fast anslag från DRG-baserad rörlig ersättning påverkat synen på styrning mellan huvudmän och vårdgivare visar resultaten från intervjuerna att det finns en skillnad mellan vad som borde ske vid en återgång till anslag och vad som faktiskt skett i Region Skåne i samband med övergången. Vidare visar resultaten att det finns en skillnad mellan sjukhusen inom de olika förvaltningarna i termer av hur förändringen har hanterats.

### **4.3.1 Förändringen skapade en otydlighet gällande förväntningar, som möttes med olika strategier**

När Region Skåne lättade på kopplingen mellan resursfördelning och uppdrag och sedermera minskade uppdragens detaljeringsgrad borde vårdgivarnas handlingsutrymme principiellt sett ha ökat. Ett annat sätt att se på saken är att uppdraget blev mer otydligt. Det sätt på vilket cheferna tog till sig och hanterade otydligheten varierade mellan de olika förvaltningarna. Däremot var samsynen stor mellan chefer på olika nivåer inom respektive förvaltning.

#### **Kryh och Sund**

Chefer på lika nivåer inom förvaltning Kryh och Sund uttryckte en frustration över den svaga kopplingen mellan uppdrag och resursfördelning. Otydligheten och den svaga kopplingen mellan uppdrag och tilldelade resurser betraktades mer som ett hinder än en möjlighet bland chefer på olika nivåer inom dessa båda förvaltningar. Övergripande signalerade de intervjuade verksamhetscheferna och ekonomicheferna inom dessa förvaltningar att de föredrog tydligare uppdrag och framförallt tydligare koppling mellan resursfördelning och producerad vård.

Ekonomicheferna gav uttryck för en frustration gällande otydliga uppdrag. De såg bristen på tydliga uppdrag som ett hinder för att kunna följa upp vårdgivare och bedöma i vilken utsträckning de gjort vad som förväntats av dem. Detta i sin tur försvårade möjligheten till ansvarsutkrävning av vårdgivare. Ekonomicheferna

tenderade att följa upp samma indikatorer som innan återgången till anslag men saknade tydliga mål att relatera utfallet till.

*”Fördelningen ska liksom allokeras till de ställen där vården utförs. (...) En styrmodell som kan stödja att vi både kan göra mer till nytta för patienten och medborgaren, och ändå liksom se till att få en lugnare och bättre tillvaro. Ja då handlar det om att planera produktionen, logistikfrågor och så.” (Ekonomichef B)*

Även de intervjuade verksamhetscheferna gav uttryck för att själva uppdraget har blivit otydligare samtidigt som ansvaret för att hålla budget förskjutits från förvaltningsnivå till verksamhetsnivå. En verksamhetschef uttryckte det som att:

*”Förut visste jag att jag skulle få mer om jag tog in fler patienter från andra sjukhus men nu vet jag inte riktigt om jag får betalt om jag tar in patienter som andra sjukhus har ansvar för. (...) Nu ska vi hålla budget men vet inte vad vi ska göra” (Verksamhetschef 1)*

Bland verksamhetscheferna ledde de ökade frihetsgraderna snarare till osäkerhet än till en känsla av ökad tilltro från huvudmannens sida.

*”För mig är det ju också en stolthet i att visa att jag faktiskt gör det jag ska.” (Verksamhetschef 2)*

Verksamhetscheferna uttryckte om en frustration över mindre formaliserade uppdrag och att inte få betalt för vad de faktiskt producerade.

*”Gör du mer utöver grunduppdraget då så ska du ha extra betalt för den produktionen tror jag faktiskt.” (Verksamhetschef 4)*

*” Men jag jobbar ju lite speciellt för jag låtsas ju inte om att vi är budgetfinansierade. ... utan att vi är intäktsfinansierade. Jag vet att vi inte är det men för att åstadkomma en bra vård så låtsas jag att vi är det. Det vill säga, vi ska ta emot så många skånska patienter som vi kan förmå inom de ramar vi har här. Men det finns ju inget incitament i det här systemet. Det gör det ju bara om jag går omkring och låtsas som att det är intäktsfinansierat.” (Verksamhetschef 1)*

Förvaltningschefernas svar speglade den bild som verksamhetscheferna gav:

*“Kulturen på sjukhusen är att göra mer, att expandera sig ur sina kostnadsproblem. Mitt uppdrag blev att hålla nere kostnaderna och hålla mig till den budget jag hade fått, så konflikterna med verksamhetscheferna som tyckte att det var bra att expandera blev större i en anslagsfinansiering. När vi hade pinnar och DRG så fick de [som gjorde mest] mest beröm, de var duktigast.”*  
(Förvaltningschef C)

Bägge förvaltningscheferna menade att olika typer av sjukhus kan vara bättre eller sämre rustade att hantera ett otydligt uppdrag. De menade att mindre sjukhus med mindre bredd i sin verksamhet kan vara bättre förtjänt av en hög grad av formalisering i uppdraget kopplat till en rörlig ersättning, medan ett universitetssjukhus med sin mer komplexa verksamhet kan behöva en anslagsmodell. Detta nämndes även av verksamhetscheferna.

Förvaltningscheferna menade vidare att återgången till anslag bidrog till ett informationsgap: ett glapp mellan vad som borde mätas och följas upp och vad som kan mätas och följas upp. Samtidigt menade de att detaljstyrning inte hör hemma i ett modernt ledarskap. Olika processer för att förbättra uppföljningen av vårdgivare pågick som ett svar på problemet med ett informationsgap. Fokus i detta arbete låg på kvalitet i vården snarare än på volymer av vård eller volymer av insatsfaktorer.

*”Första året skapade vi uppföljningssystem som skapade stöd för verksamheterna att förstå sin ekonomi (...) Sen har vi skapat produktionshjälpmedel så att de kan se hur många nya remisser får vi in, vad innebär det för vår planering för att komma i balans med det. Sen så har vi följt upp personal, eftersom det är sån brist på vissa yrkesgrupper. (...) Så vi har skapat en uppföljning och tydlighet runt bemanning, vi börjar med pengar till produktion och sen har vi tagit bemanning och just nu håller vi på och bygga verktyg för att visualisera kvalitet.”* (Förvaltningschef B)

## SUS

Intrycket från intervjuerna med chefer på SUS är att anslagsmodellens otydlighet och svaga koppling mellan uppdrag och tilldelade resurser betraktades mer som en möjlighet än ett hinder i denna förvaltning. Det fanns en samsyn mellan chefer på olika nivåer i styrkedjan att en låg grad av detaljstyrning uppifrån är att föredra. Verksamhetscheferna menade att det behövs en tydlighet och transparens i övergripande prioriteringar och målsättningar på huvudmannanivå, men en låg grad av detaljstyrning avseende hur övergripande mål ska nås.

*“För det är en så komplex verklighet, så jag brukar ofta vara rätt kritisk till mina kollegor när de skriker efter tydlighet. Nej men det vill du inte ha, säger jag då, du har ingen aning om vad det är du begär. För jag har fått tydlighet genom åren då som sagt, bland annat av olika ’engagerade’ divisionschefer, för att använda ett snällt ord, den tydligheten mår man mest dåligt av. Det blir ofta trubbigt, det är inte anpassat till just din verksamhet.” (Verksamhetschef 3)*

*”Vi behöver ha en systematisk uppföljning på parametrar som vi har bestämt tillsammans. (...) Det har ju varit en önskan att kunna styra oss, men utan dialog. Men jag vill ha en diskussion [om vad som ska mätas och följas upp]. Vi svänger ju om det nu”. (Verksamhetschef 6)*

Eftersom ekonomi- och förvaltningscheferna inte varit anställda i Region Skåne under anslagsmodellen kunde de inte reflektera över skillnader mellan då och nu. De var dock bägge mer positiva till anslagsmodellen, som de ansåg mer flexibel och därför mer lämplig i en situation där sjukvården behöver utmana gamla tankesätt för att möta ökade behov från en åldrande befolkning. Både ekonomichefen och förvaltningschefen på SUS höll fram förvaltningens ambition att utveckla nya former för styrning och att inkludera verksamhetschefer aktivt i beslut. Ett konkret exempel är att verksamhetschefer själva involveras i att formulera mål för sin verksamhet samt sätt att följa upp dessa.

Syftet med att involvera verksamhetschefer i att formulera sina mål och mått beskrevs som tvådelat: En del handlade om att ge verksamhetschefer en möjlighet att ta tillvara sitt handlingsutrymme. En annan del handlade om att skapa en samsyn mellan verksamhetsspecifika mål och övergripande mål på förvaltningsnivå.

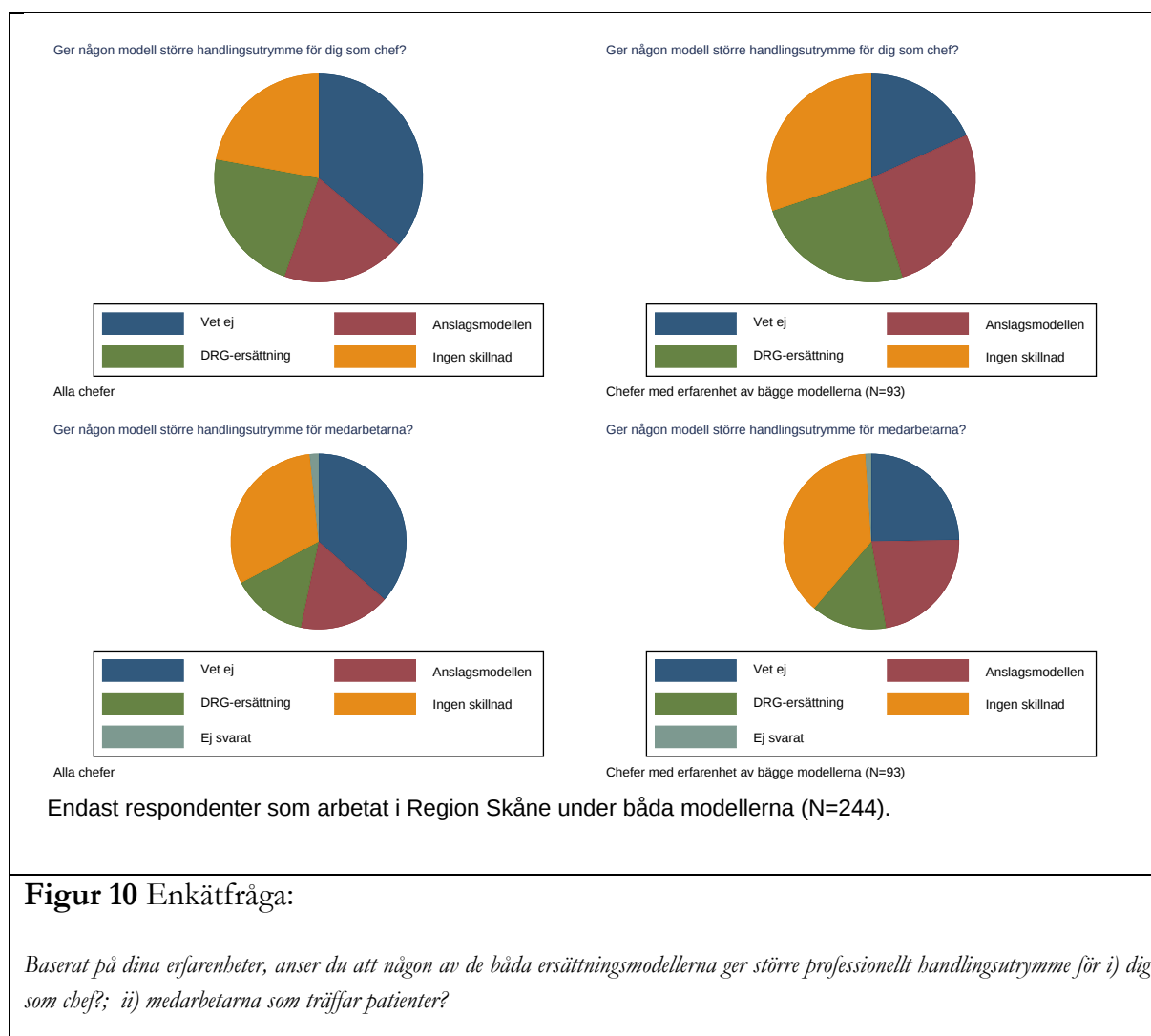
*”Jag följer upp [verksamhetscheferna] på [de treföreslagna områdena] och sen så bygger vi ett allmänt system på vad vi i ledningsgruppen vill göra. Först har de sina egna mål, sen har vi i ledningsgruppen då tre mål. (...) Jag har verksamhetsdialoger två gånger om året med alla områdena. Då kommer de med sin ledningsgrupp så sitter vi och har en dialog och de får påverka dialogen också.” (Förvaltningschef A)*

## **4.4. MELLANCHEFERS ERFARENHETER AV ERSÄTTNINGSMODELLERNA: ANALYS AV ENKÄT**

### **4.4.1 Övergripande resultat**

*De flesta svarande tycker inte att ersättningsmodellen påverkar  
handlingsutrymmet, men bägge modeller har sina anhängare*

I enkäten frågade vi cheferna om de tyckte att deras handlingsutrymme var större i anslagsmodellen jämfört med den rörliga DRG-baserade ersättningsmodellen. I Figur 10 nedan inkluderas endast dem som arbetat i regionen (som chef eller anställd) under båda ersättningsmodellerna, och alltså kan ha faktiska erfarenheter av båda ersättningsmodellerna. Som synes var en stor andel av cheferna osäkra ("Vet ej") på huruvida någon modell gav större handlingsutrymme. Om man inte varit chef under bägge modellerna är det förstås rimligt att välja detta svarsalternativ. I den högra delen av figuren ingår bara svaren från de respondenter som har varit chefer under bägge ersättningsmodellerna. Bland dessa var andelen som var osäkra betydligt lägre. Bland de respondenter som valt ett annat alternativ än "Vet ej" är bilden splittrad: i chefsgruppen som helhet (vänstra delen av figuren) finns tre lika stora grupper som antingen anser att anslagsmodellen ger större frihet, att den rörliga modellen ger större frihet, eller att det inte spelar någon roll. Avgränsar vi oss till mer erfarna chefer (högra delen av figuren) verkar det dock som att dessa i något högre grad anser att antingen anslagsmodellen ger större handlingsutrymme eller att det inte spelar någon roll.



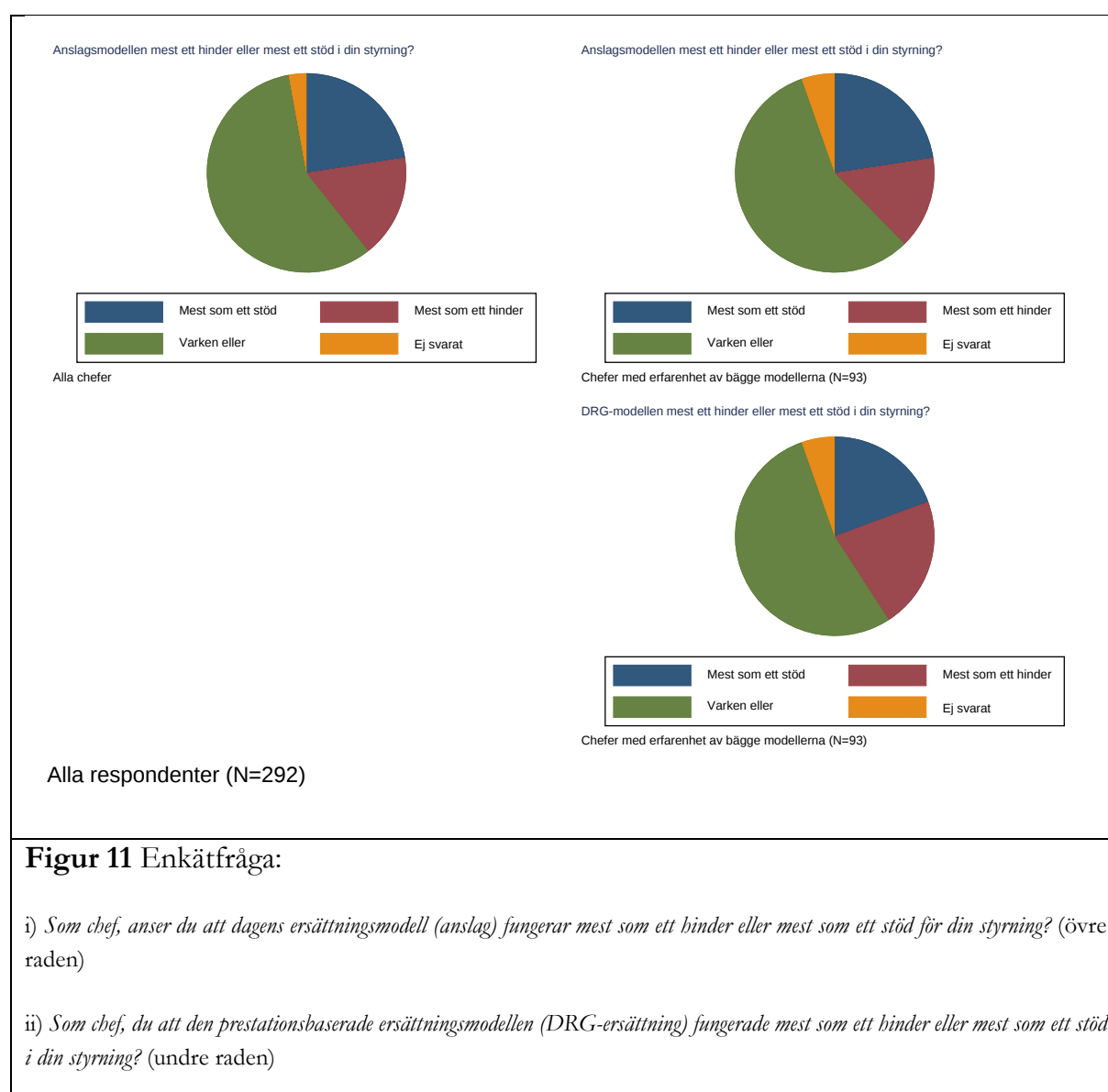
I fritextsvaren till enkätfrågan återkom många av de resonemang som förts av verksamhetschefer i våra intervjuer. En del respondenter framhöll att en DRG-modell ger chefen ökade möjligheter att expandera verksamheten och att styrningen är tydligare med en rörlig modell. Andra framhöll att anslagsmodellen ger större friheter att utforma verksamheten på ett flexibelt sätt och att den inte uppmuntrar till pinnjakt. En respondent pekade på att dikotomin rörlig-fast ersättning var överdriven.

*”Vår prestation mäts inte av något av systemen. Ert antagande att dessa system har gällt är också fel i praktiken.” (Fritextsvar)*

I nedre delen av Figur 10 visas svaren för motsvarande fråga angående handlingsutrymmet för medarbetarna som träffar patienter. Anslagsmodellen har ett litet övertag över DRG-modellen, men den dominerande bilden får ändå sägas

vara att cheferna inte anser att det är någon nämnvärd skillnad (orange) eller är osäkra (blå).

Figur 11 visar att omkring hälften av cheferna anser att dagens ersättningsmodell med fast anslag varken fungerar som stöd eller hinder för den egna styrningen. Chefer med erfarenheter av båda modellerna (höger) skiljer sig inte avsevärt från chefsgruppen som helhet (vänster). Till de respondenter som hade chefserfarenhet under bägge ersättningsmodellerna ställde vi även motsvarande fråga angående den rörliga ersättningsmodellen. Resultaten är likartade; hälften av respondenterna tyckte att den rörliga modellen varken varit till hinder eller till stöd. Jämfört med anslagsmodellen var det dock en lite högre andel som ansåg att DRG-modellen var mest till hinder och en aning lägre andel som ansåg att den var mest till stöd.



I fritextsvaren framhöll en del en irritation eller uppgivenhet över bristande koppling mellan resurser och uppdrag, och menade att dagens budgetstyrning saknar trovärdighet på grund av alltför stort gap mellan resurser och förväntningar. Andra hade högre tankar om budgetstyrningens effekt.

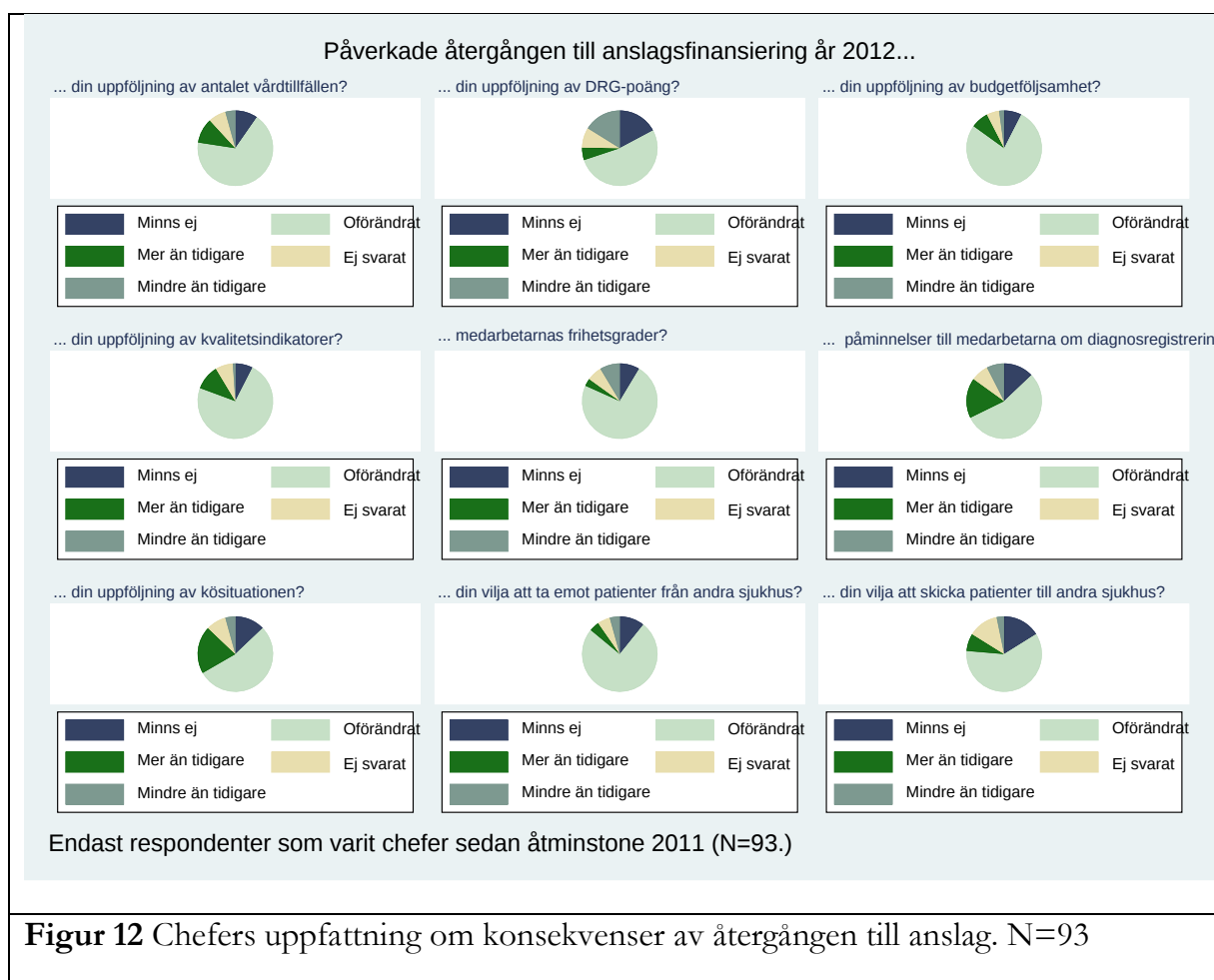
*"Jag tror på någon form av verksamhetsdialog. Dvs "det här förväntar vi oss av er verksamhet, vilka resurser anser Du behövs för att det skall gå ihop". Alternativt, "det är det här ni kan få för de pengar ni lägger upp". Nu känns det ganska ofta som man får ett orealistiskt uppdrag och förväntas trola med knäna..."*

*Hursomhelst så tror jag på realistiska budgetar! Då är budgeten ett incitament! Om man år efter år får orealistiska budgetar tappas respekten för dem." (Fritextsvar)*

*"Eftersom vi har väldigt få möjligheter att öka intäkterna (...) är det just nu anslagsmodellen som gör att SUS ekonomi inte försämras ytterligare." (Fritextsvar)*

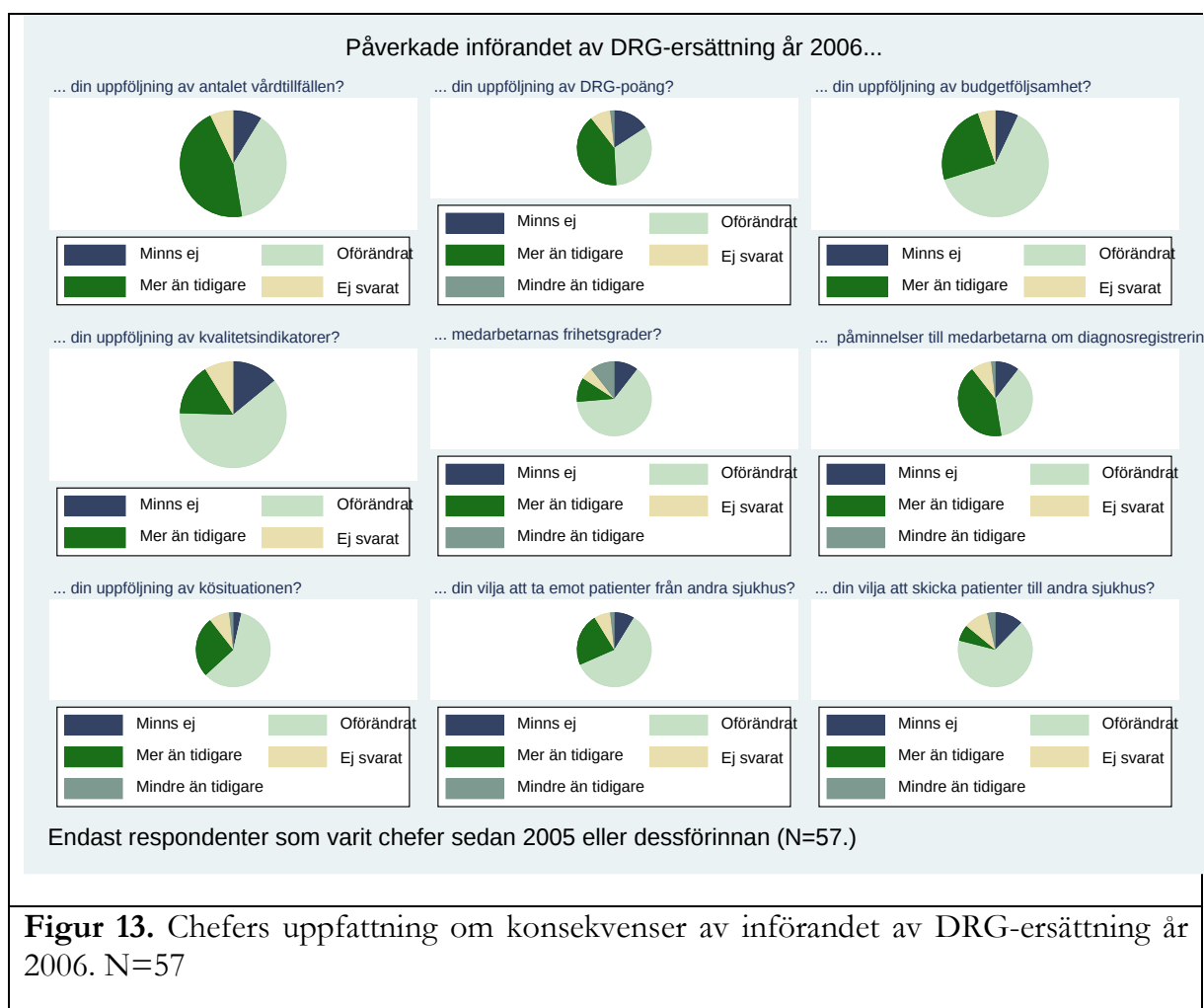
*De flesta svarande tycker inte att bytena av ersättningsmodeller har gjort någon avsevärd skillnad, men införandet av DRG år 2006 verkar ha haft större påverkan än återgången till anslag*

Figur 12 visar hur respondenterna som var chefer under återgången till anslag upplever att återgången påverkat dem i olika avseenden: uppföljning (volym, DRG-poäng, budgetföljsamhet, kvalitetsindikatorer, kösituationen), medarbetarnas frihetsgrader att själva lägga upp sitt arbete, påminnelser till medarbetare om vikten av diagnosregistrering, och deras intresse av att skicka/ta emot patienter till/från andra sjukhus. Den dominerande bilden är att återgången till anslag uppges ha haft ringa påverkan. Om något kan skönjas en tendens till minskad uppföljning av DRG-poäng och diagnoser, men *mer* uppföljning av vårdtillfällen och köer, sedan återgången till anslag. Intressant nog uppges även en hel del att medarbetarnas frihetsgrader *minskat* efter återgången till anslag, och att de påminner medarbetarna *oftare* om diagnosregistrering.



57 av enkätsrespondenterna har varit chefer sedan 2005 eller dessförinnan, och var alltså med redan när regionen införde rörlig ersättning år 2006. Jämfört med återgången till anslag är det en noterbart högre andel som uppgett att införandet av DRG-ersättningen ledde till att de förändrade sin styrning i någon bemärkelse: typiskt ökade uppföljning av volymer, DRG-poäng, köer och diagnosregistreringar, vilket är förväntat i en övergång från anslag. Även arbetet med kvalitetsindikatorer och viljan att ta emot patienter från andra sjukhus ökade. Notabelt är också att medarbetarnas frihetsgrader att lägga upp sitt eget arbete är den enda faktor som en icke försumbar andel chefer anser *minskade* efter införandet av DRG.<sup>25</sup> Icke desto mindre måste framhållas att många uppgett att deras styrning *inte* påverkades i den nämnda dimensionerna.

<sup>25</sup> Kompletterande analyser visar att skillnaderna mellan Figur 12 och 13 inte beror på förändringar i chefsgruppens sammansättning över tid.



#### 4.4.2 Skillnader mellan förvaltningar och uppfattningar om uppdraget

Mot bakgrund av att våra intervjuer tyder på att SUS och övriga förvaltningar valt olika strategier för att möta den ökade otydligheten i uppdraget från beställaren kan det vara intressant att jämföra enkätsvaren för SUS och övriga. Av utrymmesskäl diskuterar vi dem bara i text här, och redovisar mer utförliga resultat i Bilaga 4 (som också innehåller intressanta fritextsvar). Generellt kan sägas att enkäten *inte* pekar på att de SUS-chefer som svarat är mer positiva till anslagsmodellen eller mer negativa till DRG-modellen än respondenter från övriga förvaltningar.

Det finns heller inga stora skillnader mellan förvaltningarna avseende i vilken grad man anser att ens verksamhet har ett tydligt uppdrag eller i vilken grad man får vara med och påverka detta. Avsaknaden av skillnader på den senare variabeln

kan förvåna mot bakgrund av SUS-ledningens ambition att låta verksamhetschefer ta fram egna mål, men kan förstås spegla att SUS-ledningens ansträngningar *inte* haft effekt som att de *har* haft effekt men att SUS startade från ett lägre utgångsvärde. Det är ju inte heller med nödvändighet så att förändringar som riktats till verksamhetscheferna påverkat dessas styrning av *enhetscheferna*.

För Skåne som helhet kan vi konstatera att de allra flesta som svarat på vår enkät anser att deras verksamhet har ett tydligt uppdrag. Om chefer på högre nivåer brottas med otydligheten sipprar det alltså inte ned till de flesta som svarat. Samtidigt ska understrykas att över 60% av cheferna inte svarat på enkäten, och att vi inte har grund för att påstå att svaren är representativa för de icke-svarande.

# KAPITEL 5

## DISKUSSION

I den här rapporten har vi undersökt hur och varför en återgång till fast anslag från DRG-baserad rörlig ersättning påverkat 1) den dagliga verksamheten och 2) synen på styrning mellan huvudmän och vårdgivare i skånsk sjukhusvård. Studien visar att det är svårt att isolera effekter av en sådan förändring för såväl den vård som bedrivs ute i verksamheterna som för styrning och ledning av vårdens aktörer. Resultaten tyder dock på att konsekvenserna för den dagliga verksamheten upplevs som minde än för synen på ledning och styrning på olika nivåer.

### 5.1. SVAG UTVECKLING AV PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET

Sammantaget verkar registerdata bekräfta förväntningarna av en återgång från rörlig till fast ersättning. Återgången till anslagsfinansiering år 2012 följdes av en inbromsning av såväl volymer som DRG-poäng i Skåne jämfört med landet som helhet. Inledningsvis hade Skåne även en långsammare kostnadsutveckling, men detta visade sig vara temporärt. I synnerhet efter att volymuppgdragen tagits bort, har produktionen av DRG-poäng utvecklades svagare med medan kostnaderna ökat minst lika mycket i Skåne.

Det finns också tecken på förändringar som inte följer det förväntade mönstret. Skåne utmärker sig inte vad gäller ökningsar av andelen vårdtillfällen som sker i öppenvård, trots att en ökad öppenvårdsandel var ett viktigt syfte bakom återgången till anslag. Antalet registrerade bidiagnoser har minskat något mer i Skåne, men inte på SUS som står för större delen av eftersläpningen i DRG-poäng relativt resten av Sverige. Budgetavvikelserna i Skåne visar ingen trend, vilket kan bero på att det fanns volymtak redan under åren med DRG-ersättning.

Av dessa analyser kan vi dock inte dra slutsatsen att det är förändringarna av ersättningsmodeller och uppdrag som orsakat skillnaderna mellan Skåne och övriga Sverige. Anledningen är att det finns många andra samtidiga faktorer som ändrats under perioden. Exempelvis kan resultaten spegla efterverkningar av sjukhussammanslagningen mellan Lund och Malmö år 2010, sparbetning under hela perioden, bildandet av de tre sjukvårdsförvaltningarna 2013, eller maktskiftet år 2014 som bland annat ledde till en skattehöjning. Det är också möjligt att utvecklingen i andra landsting påverkas av faktorer vi inte tagit hänsyn till. Exempelvis kan de övriga landstingens utveckling ha påverkats av variationer i

*deras* användning av DRG. En utvecklad analys, som tar hänsyn till variation i DRG-användning, ligger utom ramen för denna rapport.

Det kan också noteras att de intervjuade verksamhetscheferna anser att förändringen av ersättningsmodellen varit av mindre betydelse än övriga faktorer. Särskilt den statliga Kömiljarden lyftes fram som ett exempel på inflytelserik styrning.

## **5.2. DE UPPLEVDA KONSEKVENSERNA HAR DÄMPATS AV FLERA FAKTORER**

Generellt tycks omläggningen av ersättningsmodellen ha haft begränsade konsekvenser för ledarskapet på lägre nivåer. I såväl intervjuer som enkäter är det vanligt att mellanchefer uppger att de inte ändrat sin styrning eller uppföljning när modellen förändrats. En första anledning därtill är att omständigheter som ligger utanför såväl huvudmannens som vårdgivarnas kontroll, såsom den ovan nämnda Kömiljarden, försvagat huvudmannens styrning.

En andra anledning är att det är svårt att implementera renodlade ersättningsprinciper så som de beskrivs i läroböcker (se t.ex. Jegers m fl 2002). Renodlade modeller tenderar att vara bra på att tackla ett problem åt gången medan beslutsfattare i praktiken står inför flera utmaningar samtidigt, till exempel att ge vårdgivare större flexibilitet och ökat utrymme för innovationer men samtidigt bibehålla en hög volym av vårdtillfällen. I praktiken kan de flesta ersättningsmodeller beskrivas som mixade modeller. Fasta anslag kombineras ofta med olika former av volymkrav och kan dessutom kompletteras med målbaserad ersättning. En rörlig DRG-baserad modell kombineras på motsvarande sätt ofta med en viss andel fast ersättning samt volymtak. Det är inte rimligt att förvänta sig lika stora effekter då ett skifte sker mellan två mixade modeller ska leda till lika stora effekter som ett skifte mellan två renodlade principer kunde ha gjort.

En tredje anledning till att ersättningsmodellens utformning kan ha begränsad betydelse är att den endast är en av flera delar i den sammantagna styrningen (Malmi och Brown 2008). I Region Skåne tycks återgången till anslag inte ha ackompanjerats av förändrade principer för uppföljning och återkoppling avseende resultat i någon större utsträckning. Intervjuerna på förvaltningsnivå visade att huvudmannen tillämpade samma principer för uppföljning som tidigare efter återgången till anslagsfinansiering, och att uppföljningarna skett i samma eller lika hög utsträckning som tidigare. En tolkning är att huvudmannen sökt kompensera för det förväntade produktionsfallet efter återgången till anslag med kontroller av produktionsstatistiken. På lägre nivåer indikerar resultaten från både intervjuer och enkäter att många chefer inte låtit sin styrning och uppföljning

påverkas av den nya ersättningsmodellen – vilket kan förstås mot bakgrund av bristen på förändringar i huvudmannens styrning. Effekten av förändringar i den ekonomiska styrningen på central nivå dämpades alltså av andra delar av styrningen dels från central nivå, dels från nivåer längre ner i styrkedjan. De skånska erfarenheterna ligger i linje med slutsatserna från Tillitsdelegationens delbetänkande *jakten på den perfekta ersättningsmodellen* (SOU 2017): andra styrsignaler kan vara nog så starka som de ekonomiska incitamenten.

### **5.3. OLIKA STRATEGIER FÖR ATT HANTERA OTYDLIGA UPPDRAG**

Trots att omläggningen av ersättningsmodellen syftade till att ge sjukhusen större handlingsutrymme att göra kloka val tyder inte resultaten i den här studien på att detta uppfattats eller omfamnats av alla berörda. Som Smith m fl (2012) poängterar är såväl tydliga målsättningar som ändamålsenliga uppföljningssystem viktiga komponenter i styrning och ledning av hälso- och sjukvårdssystem. Efter återgången till anslag har chefer inte längre möjlighet att följa upp och utkräva vårdgivare på ansvar baserat på detaljerade volymuppdrag. Det fanns också uppfattning bland våra intervjuade chefer på olika nivåer om att uppdraget är otydligare i anslagsmodellen (även om det ska sägas att de flesta av de chefer på enhets- och verksamhetsnivå som besvarat vår webenkät anser att uppdraget för deras egen verksamhet är tämligen tydligt). I våra intervjuer såg vi en skillnad mellan chefer inom förvaltningen för universitetssjukhuset (SUS) och chefer på de andra två förvaltningarna i synen på otydligheten. Medan chefer vid universitetssjukhuset såg den nya situationen främst som en möjlighet var chefer inom de andra förvaltningarna mer kritiska. En möjlig slutsats av detta är att en resursfördelningsprincip med låg grad av formalisering är lättare att ta till sig i en organisation med verksamheter som kännetecknas av både stor bredd och hög grad av specialisering

Skillnaderna mellan universitetssjukhuset och de övriga förvaltningarnas syn på otydligheten speglades i deras olika strategier för att hantera den låga detaljeringsgraden i uppdraget. En strategi är att fortsätta använda andra detaljerade styrverktyg eller att till och med öka betydelsen av styrning och ledning som syftar till att identifiera risker och/eller kritiska prestationsfaktorer, dvs diagnostiska styrsystem eller system för begränsningar (Simons 1995). Denna strategi användes i viss mån av chefer på olika nivåer inom de två förvaltningarna som organiserar de mindre sjukhusen (Kryh och Sund). Intrycket från intervjuerna var att cheferna i ganska liten utsträckning hade tagit till sig förändringen i meningen att de ändrat sitt beteende eller sin styrning. Några menade uttryckligen att de såg förändringen som tillfällig och att de förväntade sig att Region Skåne skulle återinföra rörlig ersättning. Bristen på ett tydligt uppdrag ledde snarast till

en känsla av osäkerhet än en känsla av större handlingsutrymme bland verksamhetscheferna. När de detaljerade volymkraven tagits bort försvann också möjligheten att på ett tydligt sätt visa att de gjorde mer än vad som förväntades av dem. Detta tycks i några fall ha inverkat negativt på motivationen hos verksamhetschefer. Högre upp i styrkedjan upplevdes den låga detaljeringsgraden försvåra uppföljningen och framförallt ansvarsutkrävandet av vårdgivare. I stor utsträckning följdes vårdgivare upp på samma parametrar som tidigare, men utan ett tydligt mål att jämföra prestationer med.

En annan strategi är att anpassa den övriga styrningen till den nya ersättningsmodellen. Eftersom anslagsmodellen inte ger incitament i någon speciell riktning medför detta att det finns större frihet att välja inriktning på övrig styrning. Bland chefer vid universitetssjukhuset hade man, åtminstone på senare tid, tagit fasta på intentionen att öka medarbetarnas handlingsutrymme genom att i högre grad använda interaktiva styrsystem (se Simons 1995). I frånvaron av tydliga mål formulerade på central nivå betonade de vikten av dialog och delaktighet vid utformning av egna mål och sätt att följa upp dessa. Groen m fl (2012) menar att medarbetares förmåga och vilja att utföra sitt uppdrag ökar om de involveras i arbetet med att ta fram mål och mått för sin verksamhet, eftersom kunskapen om den egna verksamheten och dess mål ökar. Detta kan ses som exempel på möjliggörande styrning, där man drar nytta av formalisering för att skapa lärande och utveckling i en organisation (Adler och Borys 1996). Delaktighet i utarbetandet av mål kan också bidra till en positiv inställning gentemot principalen från agentens sida, det vill säga från vårdgivare gentemot huvudmannen i vår studie (Shoormans m fl 2007). Det är dock viktigt att framhålla att arbetet med att anpassa styrverktygen på universitetssjukhuset nyligen hade startat vid tidpunkten för våra intervjuer. Vilka effekter detta arbete kan tänkas leda till är för tidigt att utröna. Det tydligaste medskicket av vår analys är snarare att en mindre formaliserad ersättningsmodell är en förutsättning för att andra delar av styrningen ska kunna uppvisa större variation. Om ersättningsmodellen dikterar en viss typ av uppföljning och ansvarsutkrävande så kommer medarbetarutvecklade mål och mått att underordnas ersättningsmodellens mål.

## **5.4. STUDIENS BEGRÄNSNINGAR**

Av vår ansats att genomföra intervjuer och enkäter flera år efter att förändringen ägt rum följer ett antal begränsningar. Som vi redan varit inne på har en rad andra förändringar ägt rum under studieperioden, vilket inte bara kan ha fått faktiskt konsekvenser för vårdproduktionen utan också ha färgat intervjupersonernas svar. Det är svårt att uppskatta i vilken mån våra resultat snedvridits av dessa anledningar.

En annan begränsning är att chefspopulationen förändrats över tid. Begränsningen är uppenbar i de fall där chefer vi intervjuat inte ens varit anställda i Regionen under den tidigare modellen. Dessa chefer har inga erfarenheter av den rörliga modellen och vi kan endast fånga upp deras uppfattningar om den nuvarande modellen med anslag utan volymuppsdrag. En annan tänkbar konsekvens är att de chefer i vårt urval som varit med under hela resan kan vara mer positiva till förändringen, eller bättre på att hantera den, än de chefer som inte finns kvar i organisationen (för att de mistyckts eller bytts ut).

Det förtjänar också att återigen understrykas att vår enkät hade en låg svarsfrekvens på 37%. Bortfallet är förvisso hyfsat jämnt fördelat över chefstyper och förvaltningar, men det finns gott om utrymme för selektivt bortfall och det är olämpligt att dra generella slutsatser om hela populationen mellanchefer utifrån våra enkätsvar. Det hade varit intressant att undersöka om bortfallet huvudsakligen utgörs av chefer som börjat sina tjänster efter 2012, eftersom detta skulle kunna indikera att vi fångar in den relevanta populationen (bortsett från att vår urvalsstrategi ändå missat dem som slutat). Vi har dock inte haft tillgång till registerinformation om antal år på chefsbefattning.

Vissa kvalitativa slutsatser kan man ändå våga dra av enkäten, i synnerhet att uppfattningen om de olika ersättningsmodellernas egenskaper skiljer sig mellan chefer. Det finns chefer som anser att anslagsmodellen ger större handlingsutrymme än den rörliga modellen, det finns chefer som är av motsatt uppfattning, och det finns chefer som inte tycker att det spelar någon roll. Det finns chefer som tycker att anslagsmodellen fungerar mer som stöd än som hinder, men det finns också chefer som är av motsatt uppfattning och chefer som inte tycker att det spelar någon roll. Detta tyder på att vilken modell man än väljer finns det chefer som kommer bli mer respektive mindre nöjda.

Slutligen kan hållas fram att vårt selektiva urval i såväl enkät och intervjudata leder till en del konkreta tolkningssvårigheter. Exempelvis tycks många av chefer som ingår i undersökningen vara av uppfattningen att ersättningsmodeller ger upphov till diverse beteendeeffekter – samtidigt som de lyfter fram att *deras eget* beteende inte påverkats av förändringarna i ersättningsmodellen. Detta *kan* vara en paradox, en diskrepans mellan hur de upplever sitt beteende och hur deras beteende faktiskt ser ut. Men det måste inte vara en paradox: det också är möjligt att bortfallet är större för de chefer som de facto låter sitt beteende styras av ersättningsmodellen. Kanske är det också dessa chefers beteendeförändringar som lett till minskad produktion efter återgången till anslag.

## 5.5. SLUTSATSER

I den här studien har vi undersökt vad som hänt efter att Region Skåne bytte ersättningsmodell inom sjukhusvården år 2012. Vi har analyserat hur och varför återgången från DRG-baserad rörlig ersättning till fasta anslag påverkar den dagliga verksamheten och synen på styrning mellan huvudmän och vårdgivare. Våra övergripande resultat kan sammanfattas som följer. Produktion och produktivitet har utvecklats svagt efter återgången till anslag, men det har skett en mängd andra förändringar som gör det svårt att avgöra ersättningsmodellens roll i denna utveckling. Intervjuer och enkätsvar från chefer på förvaltningsverksamhets- och enhetsnivå visar att handlingsutrymmet inte självklart upplevs som större i en anslagsmodell, och att vissa varken ändrat inriktning på eller intensitet av sin styrning och uppföljning. Anslagsmodellen har icke desto mindre *möjliggjort* större variation i strategier för styrning, vilket kan skönjas i skillnaderna mellan de olika förvaltningarnas syn, och respons, på otydligheten i huvudmannens styrning. Ett annat tydligt resultat är att det finns stor variation i chefers syn på de bägge ersättningsmodellerna. Såväl den rörliga modellen med tillhörande detaljerade uppdrag som anslagsmodellen har sina anhängare bland chefer på olika nivåer och i olika förvaltningar.

De skånska erfarenheterna tyder på att en omläggning av ersättningsmodellen allena inte räcker för att påverka organisationens utfall. Utfallen påverkas även av faktorer utanför huvudmannens kontroll och av hur stor skillnaden mellan de bägge modellerna i praktiken varit. Icke desto mindre identifierar vi faktorer inom huvudmannens kontroll som *skulle kunnat* förbättra förutsättningarna för att återgången till anslag skulle ha fått genomslag. I samband med förändringar av ersättningsmodellen bör hela styrmodellen ses över så att de olika delarna pekar i samma riktning och stödjer varandra. Om huvudmannens uppföljning är inriktad på samma faktorer som tidigare kommer inte anslaget ökade handlingsutrymme tas tillvara. Vidare måste huvudmannen lägga energi på att sprida information om förändringen i organisationen. För att chefer på lägre nivåer ska våga införa förändringar av *sin* uppföljning är det sannolikt också viktigt att huvudmannen signalerar att förändringen kommer vara bestående. Annars finns det en risk att verksamhetschefer dämpar den förändrade styrsignalen i väntan på nästa förändring i syfte att skapa ro för medarbetare i deras arbete med patienter.

## REFERENSER

- Adler, Paul, och Bryan Borys. 1996. "Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive". *Administrative Science Quarterly* 41 (mars).
- Baxter PE, Hewko S, Pfaff KA, Cleghorna L, Cunningham BJ, Elstona D, Cummings GC. 2015. "Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models: A systematic review." *Health Policy* 119: 1096–1110.
- Barnum, Kutzin, Saxenian. 1995. "Incentives and Provider Payment Methods." *International Journal of Health Planning and Management* 10: 23-45.
- Bénabou, Roland, och Jean Tirole. 2003. "Intrinsic and Extrinsic Motivation". *The Review of Economic Studies* 70 (3): 489–520.
- Brunsson, Nils. 1989. "Administrative reforms as routines". *Scandinavian Journal of Management* 5 (3): 219–28.
- Capire 2016. Granskning av effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården.
- Chalkley, Martin, och James M. Malcomson. 1998. "Contracting for Health Services with Unmonitored Quality". *The Economic Journal*, 449:1093.
- Cutler, David M., och Richard J. Zeckhauser. 2000. "The anatomy of health insurance". *Handbook of health economics* 1: 563–643.
- Deci, Edward L., och Richard M. Ryan. 2017. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York: Guilford Publishing.
- Dranove, D., och W.D. White. 1987. "Agency and the organization of health care delivery". *Inquiry* 24 (4): 405–15.
- Ellingsen, Tore, och Magnus Johannesson. 2008. "Pride and Prejudice: The Human Side of Incentive Theory". *American Economic Review* 98 (3): 990–1008.
- Ellis, Randall P., och Thomas G. McGuire. 1986. "Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply". *Journal of health economics* 5 (2): 129–151.
- Farrar S m fl 2009. "Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis." *BMJ* 339: b3047
- Forsberg E m fl 2000. "Effects of performance-based reimbursement in healthcare." *Scandinavian Journal of Public Health* 28:102-110
- Forsberg E m fl 2001. "Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care." *International Journal of Health Planning and Management* 16: 297-310
- Frey, Bruno S., Fabian Homberg, och Margit Osterloh. 2013. "Organizational Control Systems and Pay-for-Performance in the Public Service". *Organization Studies* 34 (7): 949–72.

- Groen BAC, Wouters MJF, Wilderom CPM. Why do employees take more initiatives to improve their performance after co-developing performance measures? A field study. *Management Accounting Research* 2012; 23: 120-141.o
- Godager, Geir, och Daniel Wiesen. 2013. "Profit or Patients' Health Benefit? Exploring the Heterogeneity in Physician Altruism". *Journal of Health Economics* 32 (6): 1105–16.
- Hennig-Schmidt, Heike, och Daniel Wiesen. 2014. "Other-Regarding Behavior and Motivation in Health Care Provision: An Experiment with Medical and Non-Medical Students". *Social Science & Medicine* 108 (maj): 156–65.
- Jegers, Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve, och Willem Gilles. 2002. "A typology for provider payment systems in health care". *Health policy* 60 (3): 255–273.
- Lindvall S. Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. Projekt Kraftsamling. Stockholm: SKL. 2006.
- Lancaster KJ. 1966. "A new approach to consumer theory". *Journal of Politics and Economics* 74: 132-157.
- Lindgren, P. 2014. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. SNS Förlag.
- Malmi T, och Brown DA. 2008. "Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions". *Management Account Research* 19 (4): 287-300.
- Newhouse, och Joseph P. 1970. "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital". *The American Economic Review* 60 (1): 64–74.
- Robinson JC. 2001. "Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives." *The Milbank Quarterly* 79 (2).
- Serden L m fl 2003. "Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?" *Health Policy* 65:101-107
- Sheaff R, Pickard S, och Smith K. 2002. "Public service responsiveness to users demands and needs: theory, practice and primary healthcare in England." *Public Administration* 80 (2): 435-452.
- Schoorman FD, Mayer RC, Davis JH. An integrative model of organizational trust: Past, present and future. *Academy of Management Review*, 2007;32(2):344–354.
- Simons R. (1995) *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T. 2012. "Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems." *Health Policy* 106 (1): 37-49.

Zaremba, Maciej. 2013. Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Weyler Förlag.

## BILAGOR

### *Bilaga 1 – Intervjumall*

- Vilken är din roll/funktion?
- Bakgrund och syfte med nya modellen för ersättning av sjukhusvård i Region Skåne.
  - o Beskriv den tidigare modellen
    - Hur fördelades resurser?
    - Vem gjorde DRG-grupperingen?
  - o Beskriv nya modellen
    - Hur går budgetprocessen till (på alla nivåer)?
    - Hur räknas budgeten upp varje år?
    - Vem äger underskott/överskott?
    - Har det skett påtagliga förändringar av verksamhetens totala omsättning under tidsperioden?
    - Vinnare eller förlorare på förändringen?
- Processen för införande av nya modellen?
  - o Varför byttes modellen?
  - o Hur gick det till?
- Problem och förtjänster med nya och gamla modellen
  - o Problem med nya och gamla modellen?
  - o Förtjänster med nya och gamla modellen?
  - o Om missnöje – nivån på ersättning, sättet de fördelas på, sättet de följs upp på?
- Vilken typ av konsekvenser har nya modellen resulterat i?
  - o Noggrannhet vid diagnosregistreringar?
  - o För vårdgivare (tillit/förtroende/relationer)
    - Upplevda förändringar i dagliga verksamheten, vad som styrs mot, samt i vilken grad man är styrd?
  - o För uppdragsgivaren (tillit/förtroende/relationer)
    - Upplevda förändringar i vad som styrs mot, samt i vilken grad man styr?
  - o För medarbetare
    - Upplevda förändringar för dagliga verksamheten och för motivation bland medarbetare?
  - o För patienter (målsättningar i vården)
- Hur ser övergripande modellen för styrning ut
  - o Hur funderar den ekonomisk styrningen jämfört med annan styrning/rollen i styrmodellen som helhet?

- o Hur gjorde/gör verksamhetscheferna – hur ofta får/ger de ekonomisk/annan återkoppling? Mer eller mindre ofta i nya modellen?
- o Har några förändringar i uppföljning skett?
- o Samma eller lägre krav på dokumentation?
- o Vilka (andra) förändringar har skett i modellen för styrning under samma tidsperiod?
- Har tilliten ökat eller minskat?
  - o Vad är tillit i styrningen för vårdgivare och uppdragsgivare?
  - o Har förändringen i ersättningsmodell lett till en ökad tillit mellan olika styrnivåer?

## *Bilaga 2 – Förteckning över granskade dokument*

Region Skåne. Årsredovisningar 2005-2016.

Region Skåne. Budget och verksamhetsplan 2011 med plan för åren 2012 till 2013.

Region Skåne. Budget och verksamhetsplan 2012 med plan för åren 2013 till 2014.

Region Skåne. Budget och verksamhetsplan 2017 med plan för åren 2018 till 2019.

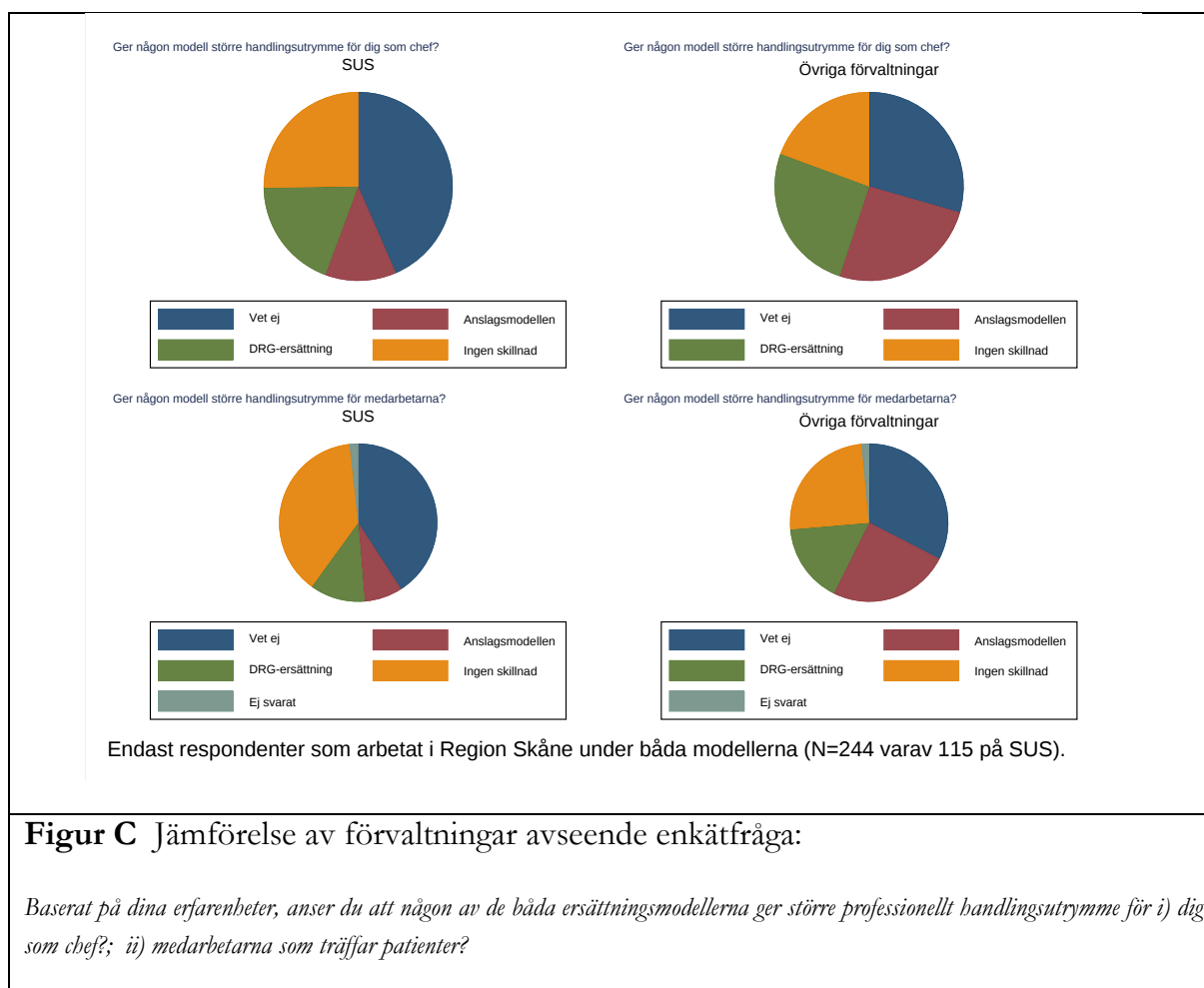
## *Bilaga 3 - Webenkät till mellanchefer*

[Länk till enkäten](#)

## *Bilaga 4 – Ytterligare enkätresultat*

Figur C nedan visar skillnader mellan SUS (vänstra delen) och övriga förvaltningar (högra delen) avseende upplevt handlingsutrymme för dem själva som chef (övre raden) respektive medarbetarna som träffar patienter (nedre raden). En betydligt högre andel av SUS-cheferna uppger att de inte vet om deras handlingsutrymme är större i endera modell, och en något högre andel anger att det inte spelar någon roll. Cheferna i övriga förvaltningar är mer säkra på att de har en åsikt, och anger oftare att endera modellen är överlägsen. Samma skillnader

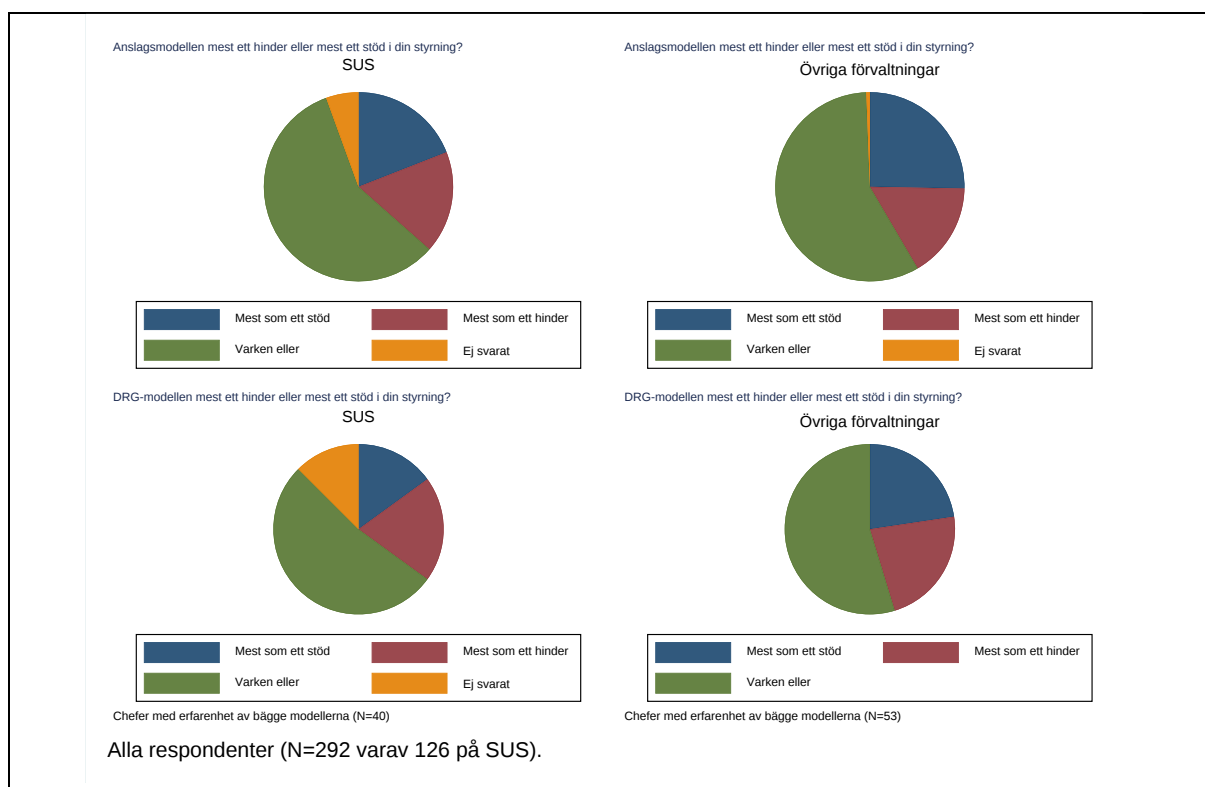
mellan SUS och övriga förvaltningar framträder även vad gäller uppfattningen om konsekvenser för *medarbetarnas* handlingsutrymme. Den stora andelen som svarar Vet ej på SUS gör det svårt att jämföra, men vi kan åtminstone förkasta hypotesen att andelen som menar att anslagsmodellen ger mer handlingsutrymme är större på SUS. Inom SUS kan det vara intressant att notera att andelen chefer som anser att modellen inte har någon betydelsen för medarbetarnas handlingsutrymme är betydligt högre än den andel som tycker att det inte gör någon skillnad för dem själva som chef (jmf de orange tårtbitarna inom SUS).



I Figur D jämförs förvaltningarna med avseende på om ersättningsmodellerna upplevts mest som hinder eller mest som stöd för den egna styrningen. I både SUS och övriga förvaltningar uppger drygt hälften av cheferna att modellen varken stödjer eller hindrar deras styrning. Chefer på övriga förvaltningar tycks mer benägna att se anslagsmodellen som ett stöd, men det är svårtolkat eftersom en större andel på SUS har hoppat över frågan. Bland de chefer som var med redan under den rörliga modellen är andelen som varken upplevde modellen som ett

hinder eller stöd likartad i båda förvaltningarna. En notabel slutsats är att SUS-cheferna *inte* tycks vara mer benägna att se DRG-modellen som ett hinder.

Sammantaget tycks cheferna på övriga förvaltningar mer benägna att uppleva modellen – oavsett vilken – som ett stöd, medan SUS-cheferna är mer obenägna att svara på frågan. Många tycker dock att ersättningsmodellen varken är till hinder eller till stöd.



**Figur D** Jämförelse av förvaltningar avseende enkätfråga:

- i) Som chef, anser du att dagens ersättningsmodell (anslag) fungerar mest som ett hinder eller mest som ett stöd för din styrning? (övre raden)
- ii) Som chef, du att den prestationsbaserade ersättningsmodellen (DRG-ersättning) fungerade mest som ett hinder eller mest som ett stöd i din styrning? (undre raden)

I Figur E jämförs fördelningen av svar från de båda förvaltningarna avseende uppfattningar om i) uppdragets tydlighet, ii) möjlighet att som chef påverka sin verksamhets uppdrag, iii) huruvida den ekonomiska tilldelningen är tillräcklig i förhållande till uppdraget. På högeraxeln anges hur stor andel av svaren som finns i en given stapel. Vi finner inga nämnvärda skillnader mellan förvaltningarna avseende någon av de undersökta tre variablerna. Möjligen kan skönjas en tendens till större missnöje med de ekonomiska ramarna (i förhållande till uppdraget) på

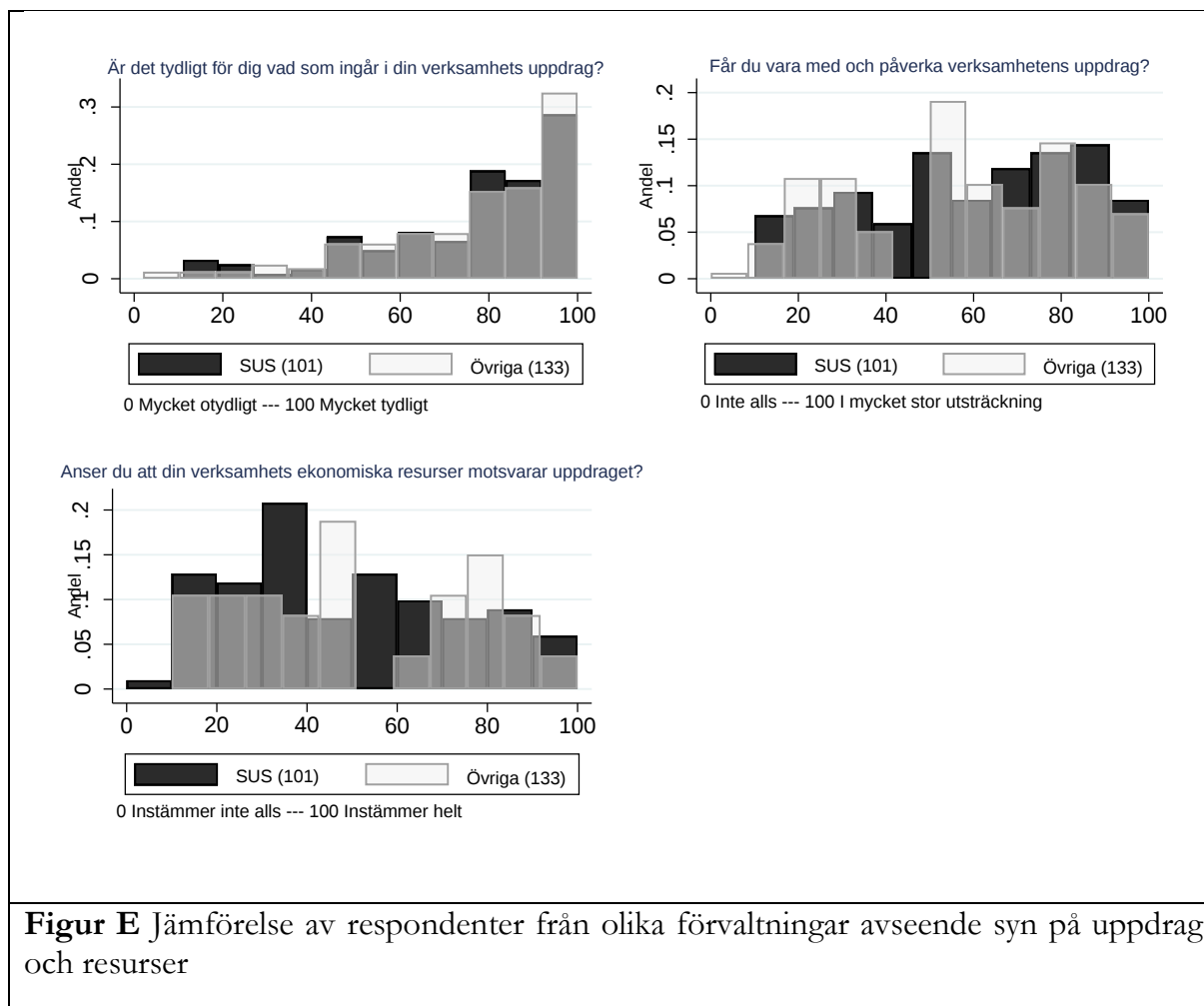
SUS. Det bör dock noteras att det totala antalet svar per förvaltning är 101 (SUS) respektive 133 (Övriga förvaltningar), vilket innebär att även iögonfallande skillnader mellan förvaltningar drivs av en handfull individer.

Man skulle kunna tänkas sig att bristen på skillnader mellan förvaltningarna beror på att SUS-ledningens arbete med att öka chefernas frihetsgrader ännu inte burit frukt. Eftersom vi inte har någon mätning från innan detta förändringsarbete inleddes går det dock inte att fastställa att detta är förklaringen. SUS-cheferna kanske hade varit ännu mer missnöjda om mätningen genomförts 2015 istället för 2018. Att det i en mätning genomförd under sommaren 2018 uppger sig ha tydliga och påverkbara uppdrag kan ju till och med bero på att de fått frihet att påverka sina uppdrag med den nuvarande ledningen.

Baserat på figuren kan vi konstatera att de flesta respondenter anser att deras uppdrag är tydligt (ca 70% av respondenterna har svarat minst 80 på den 100-gradiga skalan). Uppfattningarna om ens inflytande över uppdraget varierar mer. I fritextsvaren till denna fråga (se Tabell F) framhåller vissa att möjligheten att påverka verksamhetens uppdrag begränsas av att de inte kan kontrollera patientflödet, eftersom exempelvis medicinska behov eller lagstiftning kräver att man tar emot vissa patienter. Andra lyfter fram oklarheter i mandat och ledarskap.

Vad gäller frågan om verksamhetens resurser motsvarar uppdraget spretar bilden rejält. En förvånansvärt stor andel har faktiskt valt ett alternativ närmare ”Instämmer helt” än ”instämmer inte alls”, även om de flesta anser att resurserna inte räcker till. Det ligger förstås lite i korten att man som chef uppger sig ha för små ekonomiska resurser i en sådan här enkätundersökning. Diskrepansen mellan den stora andelen som anser sig ha ett tydligt i uppdrag och andelen som anser att de har tillräckligt med resurser tyder ändå på att Regionen måste göra en justering av det ena eller det andra.

**Slutligen måste återigen understrykas att dessa resultat inte nödvändigtvis är representativa för alla mellanchefer i Region Skåne. Bortfallet är stort, vilket innebär att andelen som tycker att uppdraget är tydligt, att de har stort inflytande att påverka sitt uppdrag och att resurserna är tillräckliga kan vara såväl högre som lägre än vad figuren indikerar.**



"SUS organisation ger mkt att önska. Ofta oklart vem som har vilket mandat och vem som har tolkningsföreträdare. Ofta oklart vem som ska göra vad" (30)

"Jag tar alla möjligheter att vara med i sammanhang och kunna påverka men jag kan uppleva organisationen hierarkisk och trög. De tre sjukvårdsförvaltningarna är inte optimalt för den enhet jag är chef för. Långt mellan politiker och basvård." (50)

"Otydlighet i mandat och uppdrag i förhållande till ledningsstrukturen i övrigt." (40)

"Omvärdbeslut påverkar oss väldigt mycket. Ex avsaknad av utökad primärvård, stängning av akutmottagningar i närområdet." (30)

"Jag har stor påverkan men det beror på två saker 1) jag har en verksamhetschef som litar på mig och verksamheten 2) att vi har en förvaltningschef som via sin frånvaro skapar frihet." (60)

"Påverkar fullt ut i *Hur!* Men i *Vad* ingen påverkan, är beslutat på andra nivåer." (ej svarat)

"I linjeorganisationen kan ju uppdrag förändras fort" (0)

Jag tycker att man som chef ska ha större mandat för personaltillsättning och ekonomi som kommer med större ansvar. På så sätt kan man stå till svar med ledarskapet inte riktigt fungerar. Detta system vi har idag kan göra att chefer kanske inte tar sitt ansvar som ledare utan förskjuter ansvaret vidare till nästa chef vilket kan leda till människor som inte klarar av sitt ledarskap blir kvar på vissa positioner för länge vilket kan ha stora konsekvenser för de anställda. (30)

**Tabell F** Fritextsvar avseende frågan *I vilken utsträckning kan du påverka din verksamhets uppdrag?* Inom parentes anges respondenternas svar på en skala från 0 "Inte alls" till 100 "I mycket hög utsträckning"

## Andra fritextsvar som kan vara intressanta för regionen.

"Mer uppmärksamhet för kvalitetsarbete och ansvar att man jobbar i offentlig verksamhet som är skattefinansierad ska belönas. Förmåga att prioritera utifrån good enough utan att tappa patientfokus."

"Vi har usla lokaler som vi inte har råd och bygga om... Döp dem till Wallenbergsakuten och ta emot sponsring. Jag skiter i vilket bara jag kan ge min patient bästa vård."

"Det är så stora modeller och att sätta sig i dessa är mycket tidskrävande och den tiden vill jag lägga på att bygga en trygg arbetsplats för patienter och medarbetare."

"Tycker det skulle vara intressant att diskutera detta på t ex chefsdagar eller liknande, inte bara finna oss i modeller som serveras, utan vara med och forma den modell vi har."

"Jag har vid flera tillfällen letat efter vad som förväntas av vår enhet men har aldrig hittat någon beskrivning. Detta är enligt mig en av de största faktorer till att vården i Region Skåne kostar mer än den behöver. Med en tydlig styrning av uppdrag kan man undvika intraregional konkurrens samt att personliga intressen får styra vilka uppdrag man "tar" sig."

"Politiska mål och patientsäkerhetsmål på golvet överensstämmer inte alltid. Om vi har en begränsad resurs som det inte räcker till behöver vi också vara tydliga med vad vi inte kan göra längre. Arbetsmiljön för de som arbetar i sjukvården påverkas mkt av att man ständigt har en känsla av att inte räcka till. Sommaren och semestertider är inte en glädje och återhämtningstid utan en orolig tid, kommer jag överhuvudtaget att kunna vara ledig ???"

**Tabell G** Fler fritextsvar

KEFU SKRIFTSERIE 61  
ISSN 1102-8483  
ISRN KEFU-SKR-61-SE

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