



LUND UNIVERSITY

Dialog och prestationsmätning - Mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård

Glenngård, Anna

2017

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Glenngård, A. (2017). *Dialog och prestationsmätning - Mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård*. (KEFU skriftserie; Nr. 2017:2). KEFU.

Total number of authors:
1

General rights

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

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

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

Take down policy

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

LUND UNIVERSITY

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

ANNA HÄGER GLENNGÅRD

DIALOG OCH PRESTATIONS MÄTNING
– MOT EN ÄNDAMÅLSEN LIG STYRNING I SVENSK PRIMÄRVÅRD

SKRIFTSERIE 2017:2



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

Hur man klokast styr hälso- och sjukvården är en ständigt aktuell fråga och ett av KEFUs prioriterade forskningsområden. En av frågorna i dagens debatt är om de styridéer som inlemmas under etiketten NPM i allt för stor utsträckning trängt undan handlingsutrymmet för professionen att styra och påverka utifrån sina professionella övertygelser. I en vardaglig situation för en läkare kan det till exempel handla om ett övervägande att antingen göra en patientinsats för att det ger ersättning till enheten där hen är verksam eller undvika att göra insatsen om hen ser en bättre lösning för patienten som, åtminstone på kort sikt, inte ger någon ersättning till den egna enheten. I föreliggande rapport är det styrning av primärvården som står i fokus. Rapporten ger en heltäckande översikt av de modeller för styrning av primärvården som är förhärskande i den svenska primärvården. En dominerande bild är att det ser ganska likartat ut där styrningen både används för kontroll och för att stödja primärvårdens utförande. Att både styra för kontroll och för stöd förefaller utifrån huvudmännens perspektiv vara en ändamålsenlig styrning för primärvården, enligt författaren. Författaren argumenterar avslutningsvis att denna form av styrning har stora likheter med vad som brukar benämnas ”möjliggörande byråkrati” där olika former av dialoger har en central del i styrningen. Dialoger som också kan öppna upp för professionen att återta delar av det handlingsutrymme som trängts undan av NPM.

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. Varmt tack till alla er som har besvarat enkäter och medverkat i intervjuer och gett återkoppling på resultat. Ett varmt tack också till Stina Gäre Arvidsson och Urika Elmroth på SKL för hjälp med kontaktuppgifter och diskussioner under studiens gång. Som brukligt svarar författarna själva för de värderingar som görs i rapporten.

*Lund i oktober
Ulf Ramberg
KEFU*

SAMMANFATTNING

Baserat på ett empiriskt material som består av enkätsvar och intervjuer samt kompletterande dokumentgranskning från landets samtliga 21 landsting och regioner (endast dokumentgranskning i två fall) tar sig den här rapporten an två syften:

- Att ge en heltäckande bild av de modeller för styrning, inklusive ersättningsmodeller, som tillämpas i svensk primärvård samt en analys av dessa med utgångspunkt i begreppsparen *styrningens form som dialog eller prestationsmätning* och *styrningens roll som kontrollerande eller stödjande*.
- Att föra ett resonemang om styrmodellernas ändamålsenlighet utifrån kriterierna att de ska ge vårdgivare goda förutsättningar att balansera krav och önskemål från enskilda individer och huvudmän samt främja goda arbetsätt och innovativa lösningar på problem och utmaningar.

Resultaten visar de modeller som landsting och regioner använder för att styra vårdgivare i svensk primärvård snart 10 år efter vårdvalsreformen i mångt och mycket liknar varandra och att de kännetecknas av ”både och”. Styrningens roll innefattar både kontroll av efterlevnad till vad som står i förfrågningsunderlag och kontrakt och stöd till vårdgivare att bedriva vård på ett sådant sätt att den lever upp till krav och önskemål från olika aktörer. En modell med både stöd till vårdgivare att förbättra sina arbetsformer och resultat samt kontroll av att kontrakt efterlevs förutsätter såväl stor användning av dialog som stor användning av prestationsmätning och uppföljning enligt resultaten i denna studie. Synen på vad som är en ändamålsenlig styrmodell sett ur huvudmännens perspektiv ligger nära det som Adler och Borys (1996) kallar möjliggörande byråkrati, det vill säga en styrmodell som har ganska hög grad av formalisering och där styrningens roll är mer möjliggörande än hindrande.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Förord</i>	<i>i</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>ii</i>
Kapitel 1 Introduktion	1
1.1 Syfte med rapporten.....	3
1.2 Rapportens fortsatta disposition.....	4
Kapitel 2 Teoretiska utgångspunkter	5
2.1 Primärvården efter vårdvalsreformen	5
2.1.1 Välfärdsmarknad med valfrihet för individer.....	6
2.2 Den formella styrningen mellan huvudmän och vårdgivare efter vårdvalet.....	7
2.3 Styrningens roll.....	8
2.4 Styrningens form.....	9
Kapitel 3 Studiens kontext och genomförande	11
3.1 Studiens kontext.....	11
3.2 Övergripande om studiens genomförande.....	12
3.3 Insamling av data.....	14
3.4 Validering av data.....	17
Kapitel 4 Resultat	18
4.1 Övergripande observationer.....	18
4.2 Innehåll i styrmodellerna.....	20
4.3 Styrningens roll.....	29
4.4 Styrningens form.....	30
4.5 Lärande och kvalitetsutveckling.....	36
Kapitel 5 Analys och avslutande reflektioner	40
5.1 Empirinära reflektioner.....	40
5.2 Övergripande reflektioner	46
5.3 Styrmodellernas ändamålsenlighet	47
Referenser	52
Bilagor.....	55

Kapitel 1.

INTRODUKTION

Hur ser en ändamålsenlig styrmodell ut? Svaret är att det beror på. Det beror bland annat på vad som ska styras, vilka målen med verksamheten är, vilken omgivning den verkar i och vilka drivkrafter de individer som är föremål för styrningen har. Det beror också på vem som besvarar frågan: den som styr eller den som styrs? Dessa kan motiveras av olika saker och att skapa målkongruens mellan olika aktörer beskrivs ofta som en av styrningens viktigaste uppgifter (Franco-Santos m fl 2012). Det kan också bero på när frågan ställs. I svensk hälso- och sjukvård har olika modeller för att leda och styra införts som en del i den utveckling som successivt har skett i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (Anell 1996; 2011). Den utveckling och de reformer som har införts i svensk sjukvård ligger väl i linje med den utveckling man har sett i andra jämförbara länder. Cutler (2002) har identifierat tre olika faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem. Den första fasen handlar om att nå ut med sjukvård till befolkningen. Fokus ligger på lika vård på lika villkor. Här har professionen stora frihetsgrader att utforma och styra den organisation de verkar i. Målsättningar kopplade till effektivitet och kostnadskontroll bortses i princip ifrån. Som en konsekvens av att en allt större andel av samhällets resurser allokeras till hälso- och sjukvården följer den andra fasen med ökade krav på kostnadskontroll och produktivitet. Här ligger också en ökad grad av kontroll av vårdgivare från finansiärens sida med införande av volymtak för olika åtgärder som ett exempel. Denna fas i sin tur återföljs av en tredje med ökade krav på resultat och värde för pengarna då målsättningar kopplade till effektivitet, kvalitet, tillgänglighet och lyhördhet gentemot patienters behov och önskemål hamnar i fokus. Den svenska vårdvalsreformen kan ses som en del i denna tredje fas. Ackreditering av vårdgivare och uppföljning av ackrediteringsvillkor samt olika typer av benchmarking med hjälp av indikatorer som mäter exempelvis patientupplevd kvalitet, följsamhet till kliniska riktlinjer och väntetider har blivit vanliga former för att utkräva ansvar av vårdgivare efter vårdvalsreformen (Glenngård och Anell 2017).

Många har ställt sig kritiska till den granskningskultur som vuxit fram i offentlig sektor och som ofta förknippas med new public management (NPM). Det har lyfts fram att skärpt granskning och kontroll riskerar att tränga undan inre professionella drivkrafter

(Anell 2014; Fredriksson 2014). Ökad uppföljning tar dessutom fokus ifrån arbetet med att ta hand om de individer som ska ta del av tjänster i till exempel skola, vård och omsorg. Vidare har det framförts en kritik mot uppföljning av utförare huvudsakligen baseras på processindikatorer som är lätta att mäta snarare än information som speglar verksamheternas innehåll och kvalitet. Å andra sidan har studier visat att styrning från huvudmännens sida är nödvändigt om inte viktiga mål, inte minst kopplat till jämlikhet, ska gå förlorade i sjukvård och skola (Hartman 2011; Riksrevisionen 2014; Glenngård 2015a). Detta gäller inte minst i en situation med valfrihet för individer.

För svensk primärvård kan flera observationer göras baserat på litteraturen kring aktörer, målsättningar och ansvarsutkrävande efter vårdvalsreformen (Glenngård 2016; Anell 2014): En är att ökad valfrihet för individer i sig inte räcker för att sjukvårdens övergripande mål ska uppfyllas. Valfrihet för individer kan räcka för att uppnå ökad tillgänglighet och lyhördhet gentemot individuella önskemål och preferenser men inte för att uppnå viktiga målsättningar ur ett befolkningsperspektiv. En annan observation är att för huvudmän är styrning (uppföljning i synnerhet) av vårdgivare baserat på prestationsmätning inte tillräckligt för att säkerställa att viktiga övergripande målsättningar uppfylls. Olika former av dialog tycks vara viktigt som en del i styrningen, i synnerhet om styrningen syftar till att främja verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring. Vidare finns det en diskussion om hur modeller för styrning kan främja innovationer och tillit, delvis kopplat till tillitsdelegationen som tillsattes sommaren 2016 (Fi 2016:03). Tillitsdelegationen ska besvara frågor som: Hur kan styrningen från stat, kommuner och landsting bidra till verksamhets- och kvalitetsutveckling? Regeringen vill med tillitsreformen utveckla en styrning baserat på tillit i offentlig sektor där medarbetares kunskap står i fokus i syfte att skapa större nytta och kvalitet för medborgare som ska ta del av offentligt finansierade tjänster. Sammanfattningsvis råder det osäkerhet kring hur en ändamålsenlig styrmodell ser ut. Vilken modell för styrning som främjar utveckling av goda arbetssätt och innovativa lösningar på problem och utmaningar och ger vårdgivare goda möjligheter att balansera krav och önskemål från såväl enskilda individer som huvudmän?

I en fallstudie från primärvården i Region Skåne studerades erfarenheter av en styrmodell som byggde på en kombination av regelbundna dialogmöten och regelbunden prestationsmätning (Glenngård 2015b). Resultaten visar att denna kombination av former för styrning har utgjort ett värde i att säkerställa och utveckla kvaliteten i den primärvård som skåningarna erbjuds utöver vad som kunnat åstadkommas med styrning som huvudsakligen baseras på prestationsmätning. Genom

regelbunden dialog har vårdcentraler med identifierade problem fått stöd i att åtgärda dessa och vårdcentraler som presterat väl har fått hjälp att på marginalen förbättra sin kvalitet, bland annat genom spridning av kunskap om goda exempel. Vidare har vårdcentraler som har hållit en alltför låg nivå på kvaliteten i arbetet tvingats stänga. En generell slutsats i studien är att formerna för att styra vårdgivare – dialog eller prestationsmätning – fungerar bäst i kombination med varandra. En annan slutsats är att styrningens roll kan vara kontrollerande och då fokusera på ansvarsutkrävning eller stödjande och möjliggörande och då fokusera på verksamhetsutveckling och spridning och goda exempel. Om styrningens roll är vara stödjande tycks en förutsättning vara att man med regelbundenhet deltar i dialog med alla vårdgivare eftersom detta skapar goda relationer samt förtroende och kunskapsutbyte mellan beställare och utförare. Om vårdens kvalitet ska utvecklas kontinuerligt måste dessutom lärdomar dras och spridas från goda exempel, inte bara från de som har svårt att leva upp till kvalitets- och andra krav. Sammantaget behöver en ökad styrning inte ha negativa konsekvenser för professionella drivkrafter. Det kan snarare hänga samman med på vilket sätt som styrningen och särskilt återkoppling till verksamheter går till. Ur ett teoretiskt perspektiv ligger synen på styrningens roll som stödjande eller kontrollerande och de olika former för styrning som möjliggör styrningens olika roller i linje med Simons (1995) och Adler och Borys (1996).

En översiktlig genomgång från 2013 visar att i en majoritet av landstingen och regionerna har man i samband med vårdvalet byggt in någon form av dialogbaserad uppföljning i kombination med prestationsmätning i sina modeller för styrning av vårdgivare i primärvården (SKL 2013). Det finns också tendenser till en harmonisering av de olika modellerna för styrning genom ett ökat lärande och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdshuvudmän (SKL 2014; personlig kommunikation Lars Kolmodin SKL). En heltäckande bild av hur enskilda sjukvårdshuvudmän arbetar med styrning efter vårdvalsreformen och vad olika modeller har fått för konsekvenser för vårdgivare och patienter saknas dock.

1.1 SYFTE MED RAPPORTEN

Den här rapporten ämnar bidra med kunskap om modeller för styrning i offentlig sektor som kan bidra till kontinuerligt lärande och kvalitetsutveckling med utgångspunkt i exempel från svensk primärvård. Syftet med rapporten är tvådelat:

- Att ge en heltäckande bild av de modeller för styrning som tillämpas i svensk primärvård samt en analys av dessa med utgångspunkt i begreppsparen *styrningens form som dialog eller prestationsmätning* och *styrningens roll som kontrollerande eller stödjande*.
- Att föra ett resonemang om styrmodellernas ändamålsenlighet utifrån kriterierna att de ska ge vårdgivare goda förutsättningar att balansera krav och önskemål från enskilda individer och huvudmän samt främja goda arbetssätt och innovativa lösningar på problem och utmaningar.

1.2 RAPPORTENS FORTSATTA DISPOSITION

I nästa kapitel presenteras studiens referensram. Här finns inledningsvis en kort beskrivning av vårdvalets införande. Tyngdpunkten i kapitlet ligger dock på de teoretiska utgångspunkter om välfärdsmarknader och styrningens roll och form som studien vilar på. I kapitel tre presenteras studiens kontext – svensk primärvård – och tillvägagångssätt vid insamling, sammanställning och analys av empiriskt material om modeller för styrning i de olika landstingen och regionerna. I kapitel fyra redovisas de empiriska resultaten. Här finns en genomgång av huvudmännens syn på begrepp, innehåll, roll och form i de styrmodeller som tillämpas i svensk primärvård. I det femte kapitlet presenteras såväl empirinära som övergripande reflektioner om styrmodeller i svensk primärvård. Här finns också en diskussion om ändamålsenligheten i olika modeller för styrning sett ur olika perspektiv.

Kapitel 2.

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Det som studeras i den här rapporten är styrning i hälso- och sjukvårdssystem, mer specifikt styrning mellan beställare eller huvudmän och utförare. Kontexten för studien är svensk primärvård. De relevanta aktörerna är därför landstingen och regionerna i form av sjukvårdshuvudmän och beställare av vård och vårdgivare i primärvården i form av utförare.

2.1 PRIMÄRVÅRDEN EFTER VÅRDVALSREFORMEN

Primärvården står för ungefär en femtedel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården i Sverige. Andelen varierar något mellan landstingen och regionerna. Primärvården ska svara för befolkningens behov av den sortens medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens eller specialistvårdens resurser och kompetens (SFS 1982:763, 5§). Sedan 2010 är det reglerat i lag att landsting och regioner har en skyldighet att organisera primärvården så att alla kan få välja en utförare (Hälso- och sjukvårdslagen §5). Vid varje vårdcentral måste finnas en namngiven person som är verksamhetschef samt en namngiven läkare som är medicinskt ansvarig. Verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren kan vara samma person men i de flesta fall innehas dessa roller av olika personer.

I praktiken infördes valfrihet för individer i kombination med etableringsfrihet för vårdgivare i svensk primärvård successivt under andra halvan av 2000-talet som en lösning på problem med tillgänglighet, förtroende och lyhördhet gentemot individers behov och förväntningar. Vårdval i primärvården infördes i Halland 2007, Västmanland och Stockholm 2008, Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland 2009 och resterande landsting 2010. Vårdvalet är reglerat i lag sedan första januari 2010. Regeringen lade propositionen i december 2008 och beslut fattades i februari 2009. Det är upp till de enskilda landstingen och regionerna (sjukvårdshuvudmännen) att utforma sin modell för primärvården, utifrån den nationella lagstiftningen, som stipulerar att:

- Alla inom ett landsting ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).
- Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.
- Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för annat.
- Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.
- När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV tillämpas (Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763 5§; Lag 2009:140).

2.1.1 VÄLFÄRDSMARKNAD MED VALFRIHET FÖR INDIVIDER

Principal-agent teori används ofta för att beskriva relationer mellan aktörer i hälso- och sjukvården (Dranove och White 1987), det vill säga en situation där någon (principalen) vill förmå någon annan (agenten) att agera i dess intresse. Vårdvalet innebar att en reglerad marknad (välfärdsmarknad) med valfrihet för individer och konkurrens mellan vårdgivare infördes i svensk primärvård. På välfärdsmarknader med valfrihet för individer finns det tre aktörer som alla förväntas agera aktivt. Individer förväntas göra aktiva val och genom dessa ge uttryck för sina preferenser genom att välja bort utförare som inte motsvarar ens förväntningar. Om individer inte är nöjda med den vård som tillhandahålls där de är listade kan de antingen uttrycka sitt missnöje (klaga) eller byta utförare genom omval. Här kan individer ses som principal och vårdgivare som agent. Den teoretiska utgångspunkten är marknadens logik och kan ses utifrån Hirschmans (1970) resonemang kring protest (voice) och sorti (exit) som konsekvens av missnöje med en organisation eller verksamhet. Utförare förväntas konkurrera om individer och ersättningen till dessa ska följa individens val. Huvudmän (landsting och regioner i svensk hälso- och sjukvård) ska i egenskap av finansiärer och policymakare besluta om vilka krav som ska gälla för utförare samt fördela resurser (Le Grand och Bartlett 1993). Dessa krav regleras i kontrakt mellan huvudmän och utförare. Här kan huvudmän ses som principal och vårdgivare som agent.

Le Grand (2009) har byggt vidare på begreppsramen om protest och sorti. Författaren menar att sorti, uttryckt i termer av valfrihet och konkurrens (*choice and competition*) och protest (*voice*), där de som tar del av tjänsterna uttrycker sin åsikt om service och kvalitet direkt till utförarna och de senare agerar baserat på detta, är två av fyra sätt att uppnå de övergripande målen med offentligt finansierade tjänster. Dessa båda sätt handlar primärt om relationen mellan utförare och de som ska ta del av tjänsterna. De är båda kopplade till marknadens logik. De andra två sätten handlar om relationen

mellan huvudmän och utförare. Här skiljer Le Grand (2009) mellan tillit (*trust*), där utförarna har förtroendet att arbeta på det bästa sätt för att förse medborgare med offentliga tjänster av hög kvalitet utan onödig inblandning från huvudmannen och kontroll (*command and control*), där utförarna ska rätta sig efter tydliga regler och leverera tjänster enligt uppdragsgivarens krav och önskemål. Det senare begreppsparet ligger nära det som lyfts fram i den aktuella tillitsdelegationen; ska styrningen i offentlig sektor baseras på tillit med fokus på medarbetares kunskap eller traditionell hierarkisk styrning från stat, kommuner och landsting?

2.2 DEN FORMELLA STYRNINGEN MELLAN HUVUDMÄN OCH VÅRDGIVARE EFTER VÅRDVALET

På välfärdsmarknader med valfrihet för individer och konkurrens bland utförare kombineras olika sätt att styra utförare i syfte att uppnå målen med offentligt finansierade tjänster (Le Grand och Bartlett 1993). Formell styrning från huvudmännen kombineras med marknadens logik. I grunden handlar det om att individer ges ökad valfrihet att välja den utförare de tror bäst motsvarar deras förväntningar. Möjligheten för individer att byta utförare ifall de inte är nöjda med sin nuvarande kan också ge ökad gehör för deras önskemål och synpunkter på de tjänster de får ta del av. Eftersom valfrihet för individer inte räcker för att sjukvårdens övergripande mål ska uppfyllas måste huvudmännen fortsätta styra även i en situation med valfrihet för individer. Utformningen av kontrakt mellan huvudmän och utförare och hur dessa följs upp reglerar i vilken utsträckning som styrningen och relationen mellan huvudmän och utförare kännetecknas av tillit.

De kontrakt som används för att reglera etableringen av privata och offentliga vårdcentraler i svensk primärvård samt relationen mellan huvudmän och vårdgivare baseras på de ekonomiska och verksamhetsmässiga regler som ska gälla för att få bedriva primärvård i det aktuella landstinget eller regionen. De ekonomiska och verksamhetsmässiga kraven på utförare bestäms av respektive sjukvårdshuvudman. Samma krav ska gälla för privata som för offentliga vårdgivare (Hälsa- och sjukvårdslagen SFS 1982:763 5§; Lag 2009:140). Huvudmannen godkänner privata vårdgivare som uppfyller dessa krav och tecknar sedan ett avtal som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga vårdgivare tecknas motsvarande vårdöverenskommelse med varje vårdcentral baserat på samma krav. Dessa kontrakt (avtalet eller vårdöversenskommelsen) tecknas mellan avtalsförvaltaren i landstinget/regionen och verksamhetschefen på vårdcentralen.

2.2.2 DEN FORMELLA STYRNINGEN DELAR

Oavsett övergripande struktur för styrning och specifik utformning av kontrakt mellan huvudmän och vårdgivare kan formell styrning och ledning i hälso- och sjukvårdssystem övergripande beskrivas som tre delar (se t.ex. Smith m fl 2012):

- 1) Planering, inom ramen för politiska och andra prioriteringar eller normer.
- 2) Uppföljning av hur väl utförare agerar i enlighet med dessa.
- 3) Ansvarsutkrävning.

Att besluta om normer och prioriteringar handlar om att från huvudmannens sida formulera tydliga målsättningar för hälso- och sjukvården. Uppföljning från beställarens sida handlar om att främja transparens i hälso- och sjukvårdssystemet genom att samla in och sammanställa information om aktiviteter och resultatet av dessa och göra informationen tillgänglig. Sådan information kan avse enskilda utförare eller grupper av utförare i ett visst område, olika sjukdomsområden och hela hälso- och sjukvårdssystem. Ett viktigt syfte med att öka transparensen genom att sammanställa och göra sådan information tillgänglig är att ge olika aktörer (till exempel patienter) möjlighet att bedöma och utvärdera vårdgivares aktiviteter och de resultat som olika insatser ger. Att kunna utvärdera vårdgivares aktiviteter är en förutsättning för ansvarsutkrävning.

Ansvarsutkrävning handlar om hur huvudmän och patienter kan utkräva vårdgivare på ansvar efter att ha utvärderat vårdgivarens agerande gentemot sina förväntningar. De konsekvenser som vårdgivaren kan ställas inför då deras agerande inte ligger i linje med förväntningarna hos patienter och huvudmän är allt ifrån dåligt rykte till att man inte längre får eller kan fortsätta bedriva sjukvård. På samma sätt blir konsekvenser av att agerandet ligger i linje med förväntningarna ett gott rykte och fortsatt förtroende.

2.3 STYRNINGENS ROLL

Ett sätt att övergripande beskriva styrningens roll är att använda begreppsparet kontrollerande/begränsande eller möjliggörande styrning för att förmå den som ska styras att agera i önskad riktning. Detta ligger nära två av de övergripande sätt att uppnå målen med offentligt finansierade tjänster som Le Grand (2009) tar upp, nämligen tillit och kontroll. Simons (1995; 2000) beskriver styrsystem i större detalj; som system för begränsningar, diagnostiska styrsystem, system för värdegrund och interaktivt kontrollsystem. Diagnostiska styrsystem och system för begränsningar kan betraktas som kontrollerande eller begränsande där individer förväntas agera i enlighet med

beslut som fattas högre upp i organisationen utan deras inblandning. System för värdegrund och interaktivt kontrollsystem kan betraktas som mer möjliggörande former av styrning där individer uppmuntras att vara delaktiga i beslut och processer. Simons (1995) framhåller att olika styrsystem inte används isolerat utan tillsammans i olika grad i olika organisationer för att kunna balansera olika målsättningar och förväntningar. Också Adler och Borys (1996) Ahrens och Chapman (2004) beskriver styrning i termer av kontrollerande/begränsande (coercive) eller möjliggörande (enabling). Möjliggörande styrning främjar lärande och utveckling i organisationen medan begränsande styrning handlar mer om att säkerställa att instruktioner efterlevs. Adler och Borys (1996) kopplar på ytterligare en dimension, nämligen graden av formalisering i styrningen. Formalisering kan beskrivas som graden av uttalade regler, procedurer och instruktioner som individer förväntas följa. 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.

2.4 STYRNINGENS FORM

I samband med att ökat fokus hamnat på inledningsvis kostnadskontroll och produktivitet och därefter på effektivitet, kvalitet, tillgänglighet och lyhördhet gentemot patienters behov och önskemål har nya modeller för styrning som införts. Gemensamt för dessa är att formen till stor del kretsat kring uppföljning och ansvarutkrävning av vårdgivare baseras på sådan information som kan mätas och sammanställas i olika av register.

Information från nationella och lokala register över prestationer och kvalitetsindikatorer har till stor del kommit att dominera uppföljningen av vårdgivares prestationer och resultat. Indikatorer beskriver dels vilka insatser som görs för patienterna (strukturmått och processmått) men kan också beskriva vad olika insatser leder till för patienterna i termer av medicinska resultat (resultatmått) eller patientupplevd kvalitet. Styrning baserat på sådana indikatorer kan ge underlag för att följa upp vårdgivares prestationer i relation till uppsatta mål, till exempel inom ramen för målbaserad ersättning, eller för att jämföra vårdgivares prestationer över till eller med varandra (benchmarking) (Anell 2014).

Om styrningen ska ha en möjliggörande roll är en förutsättning att det finns ett samspel mellan den som styr och de som ska styras och delaktighet i olika processer från dem

som styrs. Ur ett teoretiskt perspektiv kan den roll som styrning med prestationsmätning respektive med dialog förväntas fylla diskuteras utifrån Simons (1995; 2000). Till exempel pekar Simons (1995) på att dialog mellan den som styr och den som styrs är en viktig del i ett interaktivt kontrollsystem medan uppföljning och kontroll av att uppsatta mål efterföljs, till exemplen med hjälp av olika former av prestationsmätning, är ett viktigt inslag i diagnostiska styrsystem. Att samla in och analysera utfall via indikatorer kan fylla en viktig roll i termer av 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). Att sätta upp krav för att få bedriva primärvård och få ersättning samt uppföljning av dessa med hjälp av indikatorer tycks vara otillräckliga verktyg för styrning ifall kontinuerlig lärande och kvalitetsförbättring anses vara viktigt. Denna form för uppföljning och ansvarsutkrävning ger begränsad information till vårdgivare. Att hålla inne ersättning till vårdgivare som inte uppfyller uppsatta krav kan betraktas som en skarp åtgärd men den ger i sig själv inte något stöd till förbättring för vårdgivare. Genom att använda sig av en dialog med utförare kan information återkopplas till verksamheten på ett annat sätt vilket ger bättre förutsättningar för stöd till verksamhetsutveckling. Till exempel används resultaten från nationell patientenkät (NPE) i några landsting för att fördela resurser till vårdgivare inom ramen för målbaserad ersättning. Men att göra avdrag på ersättningen till vårdcentraler som får dåligt betyg i NPE ger i sig inte något stöd till verksamhetsutveckling. Om informationen från NPE ska kunna användas för att förbättra verksamheten behöver den sättas i relation och diskuteras i förhållande till annan information (Anell 2014; Glenngård 2016).

Kapitel 3.

STUDIENS KONTEXT OCH GENOMFÖRANDE

3.1 STUDIENS KONTEXT

Rapporten behandlar modeller för styrning i svensk primärvård efter vårdvalet. Eftersom det är styrning i svensk primärvård som studeras är de relevanta aktörerna landstingen och regionerna som i form av sjukvårdshuvudmän och beställare av vård och vårdgivare i primärvården i form av utförare. De relevanta relationerna är dem däremellan. Studien är dock avgränsad till styrningen från sjukvårdshuvudmännens sida, det vill säga relationen mellan sjukvårdshuvudmän och vårdgivare i primärvården. Det finns omkring 1 200 vårdcentraler i Sverige varav omkring 40 procent är privat drivna (tabell 3.1).

Tabell 3.1. Antal vårdcentraler och andel privata i respektive landsting och region år 2016/17.

	Alla	Antal privata	Andel privata
Blekinge	19	7	37%
Dalarna	28	5	18%
Gotland	7	2	29%
Gävleborg	43	16	37%
Halland	48	24	50%
Jönköping	46	15	33%
Kalmar	37	10	27%
Kronoberg	32	11	34%
Landstinget i Värmland	37	9	24%
Norrbottn	34	4	12%
Region Jämtland Härjedalen	28	4	14%
Skåne från 2015	150	75	50%

Stockholm från 2016	207	140	68%
Södermanland	27	9	33%
Uppsala	52	26	50%
VGR	200	80	40%
Västerbotten	39	7	18%
Västernorrland	32	12	38%
Västmanland	27	16	59%
Örebro	29	4	14%
Östergötland	42	9	21%
Riket	1164	485	42%

3.2 ÖVERGRIPANDE OM STUDIENS GENOMFÖRANDE

Studien är baserad på empiriskt material som samlats in i tre steg under våren och sommaren 2016:

- En enkät till kontaktpersoner i samtliga sjukvårdshuvudmän med frågor om styrningens form och roll samt konsekvenser för vårdgivare av modellen för styrning efter vårdvalet samt utvecklingstrender.
- Semi-strukturerade telefonintervjuer med kontaktpersoner i samtliga deltagande landsting/regioner med fokus på fördjupade frågor om styrningens innehåll, form och roll samt konsekvenser för vårdgivare och medborgare/patienter och pågående utveckling av modellen för styrning.
- Insamling och granskning av förfrågningsunderlag eller motsvarande (regelbok, krav- och kvalitetsbok) från landstingens och regionernas hemsidor.

Det empiriska materialet har granskats och validerats i två steg under hösten 2016 och våren 2017.

- Återkoppling på de empiriska resultaten från alla huvudmän gemensamt vid ett seminarium anordnat av SKL där preliminära resultat presenterades och diskuterades.
- Sakgranskning av resultat genom avstämning med intervjuade per mail.

I tabell 3.2 presenteras insamlingen av det empiriska materialet. Samtliga sjukvårdshuvudmän tillfrågades om att medverka. Samtliga huvudmän är representerade i studien. Primärdata har dock endast insamlats från 19 eftersom två

avstod från att delta i enkät- och intervjustudien. I de kommande avsnitten presenteras studiens tillvägagångssätt mer ingående.

Tabell 3.2. Studiens genomförande

Sjukvårdshuvudman	Besvarat enkät	Intervju	Deltog vid seminarium i oktober 2016	Granskat förfrågningsunderlag
Landstinget Blekinge	Ja	21 april 2016	Ja	Ja
Landstinget i Dalarna	Ja, vid intervju	1 juni 2016	Ja	Ja
Landstinget i Kalmar län	Ja	16 februari 2016	Ja	Ja
Landstinget i Uppsala län	Ja, vid intervju	16 juni & 20 juni 2016	Ja	Ja
Landstinget i Värmland	Ja	18 februari 2016	Ja	Ja
Landstinget i Västmanland	Deltog inte	Deltog inte	Ja	Ja
Landstinget Sörmland	Ja	17 mars 2016	Ja	Ja
Landstinget Västernorrland	Ja, vid intervju	1 juni 2016	Ja	Ja
Norrbottens läns landsting	Ja, vid intervju	21 april 2016	Ja	Ja
Örebro läns landsting	Ja	17 mars 2016	Ja	Ja
Region Gävleborg	Ja, vid intervju	17 juni 2016	Ja	Ja
Region Gotland	Deltog inte	Deltog inte	Ja	Ja
Region Halland	Ja	28 april 2016	Ja	Ja
Region Jämtland Härjedalen	Ja, vid intervju	18 februari 2016	Ja	Ja
Region Jönköpings län	Ja	1 juni 2016	Ja	Ja
Region Kronoberg	Ja	3 mars 2016	Ja	Ja

Region Östergötland	Ja	22 april 2016	Ja	Ja
Region Skåne	Ja, vid intervju	17 juni 2016	Ja	Ja
Stockholms läns landsting	Ja	24 februari 2016	Ja	Ja
Västerbottens läns landsting	Ja	22 april 2016	Ja	Ja
Västra Götalandsregionen	Ja, vid intervju	27 juni 2016	Ja	Ja

3.3 INSAMLING AV DATA

3.3.1 URVAL

Samtliga landsting och regioner tillfrågades om att medverka i studien. Syftet var att skapa en heltäckande bild av de modeller för styrning som används i svensk primärvård. Sveriges kommuner och landsting (SKL) var behjälpliga med kontaktuppgifter till personer med erfarenhet av att utveckla modeller för och arbeta med styrning av vårdgivare i primärvården efter vårdvalet i samtliga landsting och regioner.

3.3.2 ENKÄT TILL SJUKVÅRDSHUVUDMÄN

Syftet med enkäten var att kartlägga och få en övergripande bild av erfarenheterna från olika modeller för att styra vårdgivare i svensk primärvård. Enkäten skickades via mail i februari 2016 och påminnelser skickades i mars, april och maj. Svar på enkäten innan telefonintervjuerna genomfördes inkom från 11 sjukvårdshuvudmän.

Frågorna i enkäten byggde i stor utsträckning på resultaten från en fallstudie från Region Skåne där erfarenheter av att styra vårdgivare i primärvården genom medicinsk revision vilket avsåg en kombination av regelbundna dialogmöten och prestationsmätning studerades (Glenngård 2015b). Begreppsparen styrningens form som *dialog eller prestationsmätning* och styrningens roll som *stödjande/möjliggörande eller kontrollerande* kommer härifrån.

Enkäten bestod av 27 frågor uppdelade på fem områden:

- Öppna frågor om den övergripande modellen för styrning.
- Öppna frågor om förekomst, omfattning och form för dialogbaserad styrning.

- Slutna frågor (skala 1-7) om förekomst och roll av olika former av styrning (bilaga 1).
- Öppna frågor om organisation och kompetens hos dem som arbetar med styrning.
- Öppna frågor om pågående och planerade förändringar i modellen för styrning som helhet och om styrning i dialogform specifikt.

3.3.3 SEMI-STRUKTURERADE INTERVJUER

Intervjuer genomfördes med totalt 19 sjukvårdshuvudmän. Syftet med telefonintervjuerna var att få en mer fördjupad och nyanserad bild av hur de olika huvudmännen arbetar med styrning av vårdgivare i primärvården och vilka konsekvenser de olika modellerna för styrning kan tänkas få för vårdgivare och medborgare/patienter. I ett fall (Stockholm) genomfördes intervjun på plats eftersom huvudmannen bedömde att tre personer behövde delta tillsammans för att kunna ge en god bild av arbetet med styrning i primärvården. I samtliga andra fall genomfördes intervjuerna per telefon och med en person, undantaget Uppsala där två intervjuer med två olika personer gjordes då de ansåg att detta var nödvändigt för att kunna ge en heltäckande bild.

Intervjutiden varierade mellan 30 och 75 minuter. Intervjuerna som gjordes tidigt i studien var generellt längre än de som gjordes sent. I de fall där enkäten inte hade besvarats i förväg var också intervjuerna generellt längre eftersom även frågorna i enkäten besvarades under intervjun.

Fokus i intervjuerna låg på fördjupade frågor om styrningens form, roll och syfte samt konsekvenser för vårdgivare och medborgare/patienter och pågående utveckling av modellen för styrning uppdelat på sex områden. Dessa återges kort nedan och finns i större detalj i bilaga 2:

1. Den inledande enkätstudien visade att användningen av olika begrepp kopplade till styrning i primärvården – inte minst begreppet medicinsk revision – används på olika sätt i landstingen och regionerna. Därför fokuserade intervjun inledningsvis på att säkerställa en ömsesidig förståelse för de begrepp som används i studien. Detta ledde också till att enkätsvaren i många fall förtydligades och reviderades under intervjuns gång.
2. Ett område handlade om att beskriva modellen för styrning som helhet och att reflektera kring den viktigaste komponenten i sin modell för styrning i primärvården.
3. Ett område handlade mer specifikt om styrningens form som prestationsmätning eller dialog samt relationen mellan dessa.
4. För att få en bild av organisationen kring styrningen och ifall rollen ämnar vara främst stödjande eller främst kontrollerande fokuserade ett område på frågor om bakgrunden hos de personer som arbetar med styrning.

5. För att få konkreta exempel på hur styrmodellerna används för att bidra till lärande och kvalitetsutveckling ombads personerna ge exempel på större och mindre avvikelser som upptäckts vid dialogmöten och/eller prestationsmätning, hur dessa hanteras samt ifall de identifierat goda exempel bland vårdgivare. Goda exempel avser här vårdgivare som kommit på ett gott arbetssätt och/eller innovativa lösningar som svarar mot ett problem i primärvården och som kan spridas till andra. Här efterfrågades också kompletterande dokument i den mån det fanns tillgängligt.
6. Ett område handlade om utveckling av modellen för styrning inklusive ersättningsprinciper och kostnadsansvar de senaste tre åren.

3.3.4 DOKUMENTGRANSKNING

För att få en än tydligare bild av de olika modellerna för styrning i primärvården efter vårdvalet har förfrågningsunderlag eller motsvarande (regelbok, krav- och kvalitetsbok) granskats i samtliga fall. Dessa dokument finns tillgängliga på respektive landstings och regions hemsida i syfte för vårdgivare (och andra) att kunna ta del av. Förfrågningsunderlagen (ofta med flera bilagor) beskriver de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för att få bedriva vård inom vårdvalssystemet, själva uppdraget, ersättningsmodellen och uppföljningen av vårdgivare inom vårdvalet. Vid intervjuerna efterfrågades också interna dokument som kunde stödja eller förklara konsekvenser av de olika modellerna för styrning genom konkreta exempel.

Vidare har följande svenska översiktsrapporter och källor använts för att fylla kunskapsluckor avseende formulering av uppdrag och principer för ersättning och uppföljning:

- Socialstyrelsen 2016. Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.
- Glenngård AH. Primärvården efter vårdvalsreformen: Valfrihet, effektivitet och produktivitet. Stockholm: SNS förlag, 2015.
- Anell A, Nylinder P, Glenngård AH. Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.
- SKL 2014. Basmodell för uppföljning av primärvård. Version 1. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2014.
- Personlig kommunikation med Lars Kolmodin, SKL.
- SKLs hemsida.

3.4 VALIDERING AV DATA

3.4.1 NÄTVERKSTRÄFF MED REPRESENTATION FRÅN SAMTLIGA HUVUDMÄN

Preliminära resultat från studien med fokus på en jämförande analys mellan huvudmännen av den empiri som samlats in presenterades vid en nätverksträff inom Vårdvalsnätverket som administreras av SKL i oktober 2016. SKL arrangerar två gånger per år sådana nätverksträffar där personer som arbetar som beställare av hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om valfrihet (LOV) deltar. Två-tre personer från varje landsting och region deltog i nätverksträffen (dock inte alltid den person som medverkat vid intervjun). Vid mötet kunde de se resultaten för sitt landsting eller region i relation till alla sjukvårdshuvudmän och ge kommentarer och synpunkter på dessa. Presentationen och diskussionen av de empiriska resultaten varade omkring 30 minuter vardera.

3.4.2 ÅTERKOPPLING FRÅN INTERVJUPERSONER

Efter korrigeringar relaterat till det som kom upp vid nätverksträffen skickades hela empiri-kapitlet till de intervjuade personerna (februari 2017) som fick möjlighet att komplettera och ändra. 12 personer återkom med mindre ändringar och förtydliganden via mail eller telefon under februari-april 2017.

Kapitel 4

RESULTAT

I det här kapitlet ges en genomgång av huvudmännens syn på begrepp, innehåll, roll och form i de modeller för styrning som tillämpas efter vårdvalsreformen i svensk primärvård, baserat på enkätsvar och intervjuer samt kompletterande dokumentgranskning från landets samtliga 21 landsting och regioner. Dock ligger endast dokumentgranskning till grund för resultaten i två fall (Gotland och Västmanland) där medverkan i enkätstudie och intervju avböjdes. Presentationen av det empiriska materialet är strukturerat som följer: Härnäst presenteras först övergripande observationer om de modeller för styrning som tillämpas efter vårdvalsreformen. Därefter presenteras synen på styrmodellernas innehåll, följt av en presentation av styrmodellerna utifrån begreppsparen styrningens roll och styrningens form. Avslutningsvis presenteras hur styrmodellerna används för att bidra till lärande och kvalitetsutveckling i primärvården.

4.1 ÖVERGRIPANDE OBSERVATIONER

4.1.1 NYA STYRMODELLER HAR INFÖRTS I SAMBAND MED VÅRDVALET

Övergripande visar resultaten att införandet av vårdval i primärvården har förändrat modellen för styrning, inklusive principer för ersättning, i samtliga fall. I de flesta fall har man infört modeller för styrning med inslag av både dialog och prestationsmätning. I de flesta fall beskriver huvudmännen också att styrningens roll ämnar vara både möjliggörande och kontrollerande även om det finns variation i fokus här. Generellt har regelbunden dialog med alla vårdgivare enskilt eller i grupp blivit ett allt vanligare inslag över landet. Användningen av prestationsmätning och uppföljning av denna har också utvecklats sedan vårdvalet infördes från att följa upp volymer av aktiviteter till att vara ett stöd i det löpande arbetet med att utveckla arbetsmetoder och förbättra kvaliteten kopplat till specifika förutsättningar hos vårdgivare. I de flesta fall har en modell för att styra införts i samband med vårdvalet och sedan kontinuerligt förändrats då brister och behov har identifierats eller uppstått. I två fall har större förändringar i den modell som infördes i samband med vårdvalet införts. I Skåne skedde en förändring hösten 2014 då man frångick en modell med regelbunden dialog hos alla vårdgivare till att fokusera på uppföljning av de vårdgivare med svårigheter att leva

upp till kvalitetskrav eller grupper av vårdgivare med särskilda förutsättningar. I Stockholm skedde en förändring vid årsskiftet 2015/16. Här infördes förändringar i ersättningsmodellen och uppföljning av densamma. Fokus var tidigare i stor utsträckning på produktion av specifika insatser (främst besök) och uppföljning av volymer. Den nya modellen ska ge vårdgivare större incitament att ta ett samlat grepp om sina listade och styrningen syftar mer på att främja och följa upp kvalitet än på produktion och volymer av insatser. I två fall (Dalarna och Västernorrland) upplevdes ett dåligt politiskt engagemang för vårdvalsmodellerna som ett problem eller hinder för att kunna arbeta med styrmodellen på ett bra sätt.

4.1.2 SAMARBETEN MELLAN HUVUDMÄN LEDER TILL HARMONISERING AV STYRMODELLER

Övergripande visar också resultaten att styrmodellerna i de olika landstingen och regionerna successivt har närmat sig varandra. I de allra flesta fall tillämpas år 2016/17 styrmodeller med inslag av både prestationsmätning och återkommande dialog med vårdgivare. I de allra flesta fall är också styrningens roll en kombination av möjliggörande och kontrollerande.

Sjukvårdshuvudmännen samarbetar avseende modeller och principer för styrning och i synnerhet uppföljning av vårdgivare i primärvården. Dessa samarbeten sker dels mellan enskilda landsting och regioner och dels genom samarbeten och nätverk mellan flera eller alla sjukvårdshuvudmän och som samordnas genom SKL. Ett sådant samarbete initierades 2012 då tio landsting och regioner med stöd från SKL påbörjade ett arbete med att ta fram en basmodell för uppföljning av primärvård. Modellen publicerades ursprungligen i januari 2014 (SKL 2014). Syftet med denna modell är att den ska bygga på erfarenheter och behov som delas av många landsting och regioner och kunna utgöra ett stöd för alla sjukvårdshuvudmän vad gäller styrning i primärvården. Modellen ska koppla samman befintlig kunskap och kompetens om vad som fungerar från enskilda landsting och regioner. Sedan den ursprungliga modellen publicerades har många förutsättningar för att leda och styra primärvården förändrats. Därför sker sedan 2016 ett arbete med att uppdatera basmodellen personlig kommunikation Lars Kolmodin SKL).

Sjukvårdshuvudmännen utbyter också erfarenheter vad gäller styrning i primärvården genom ett vårdvalsnätverks som samordnas av SKL. Här samlas representanter för den centrala finansiärs- och modellägarrollen i landsting och regioner. Vårdvalsnätverkets uppdrag är att ”följa utvecklingen av de olika vårdvalsmodellerna i landsting och

regioner, dela erfarenheter, problem och diskutera utvecklingen i framtiden. Nätverkets deltagare ska representera landsting och regioner i rollen som finansiär och- eller uppdragsgivare. Kommunikation med nätverket sker vid en träff per termin samt via nätverkets gemensamma projektplats. Vid behov bildas även mindre arbetsgrupper för utveckling inom angelägna områden”.¹

De samarbeten som bedrivs i olika former leder till en harmonisering i såväl principer för styrning, inte minst uppföljning, och användning av olika begrepp. Detta gäller i synnerhet begreppen uppföljningsdialog och medicinsk revision. I några fall används medicinsk revision synonymt med styrning och uppföljning i dialogform där ett kontinuerligt lärande och kvalitetsutveckling står i fokus. I andra fall definieras medicinsk revision mer i linje med den traditionella definitionen av revision där en oberoende granskning och kontroll står i fokus. Samtidigt som studien genomfördes arbetade en grupp vid SKL med en uppdatering av den så kallade basmodellen för uppföljning i primärvård (se 4.1.3). Här talar man om uppföljningsdialog som en del i den löpande uppföljningen och fördjupad uppföljningsdialog som sker vid behov hos ett urval av vårdgivarna. Dessa begrepp tycks också vara de som används i en majoritet av landstingen och regionerna.

Harmonisering av begrepp och syn på styrning underlättar för utveckling av modeller för styrning på en övergripande nivå. Samtidigt kan den harmonisering av modeller för styrning som dessa samarbeten leder till medföra att de modeller och principer för styrning som lyfts fram blir urvattnade då de ska vara tillräckligt generella för att kunna användas av alla sjukvårdshuvudmän. Det finns en inneboende konflikt mellan att modellerna ska vara tillräckligt generella för att kunna användas av alla samtidigt som de ska vara tillräckligt specifika för att fungera i varje enskilt fall. Förutsättningarna och de politiska prioriteringarna för att bedriva primärvård skiljer sig åt bland landets 21 landsting och regioner.

4.2 INNEHÅLL I STYRMODELLERNA

4.2.1 EN VIKTIGASTE KOMPONENT FINNS INTE

De flesta beskrev sin modell för styrning i primärvården som ett paket av många delar där regelboken/förfrågningsunderlaget står i centrum. På frågan ”Vilken är den

¹ <https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/halsoochsjukvard/vardvalsnatverket.1971.html> 2017-05-14

viktigaste komponenten i er modell för styrning i primärvården?” var det vanligaste svaret att det inte går att svara på. En majoritet av respondenterna svarade så med någon eller båda av följande motiveringar:

- Det finns inte en viktigaste komponent i styrningen av vårdgivare. Det är en hel process, ett ständigt pågående arbete som handlar om uppföljning av vårdgivare, dra slutsatser om vad som fungerar bra och mindre bra och sedan skruva i regelboken eller beställningsunderlaget.
- Det går inte att plocka ut en komponent. Det är inte en del utan ett paket med många delar. Här ingår regelbok och uppföljning av att denna efterföljs med både pinnar och dialog.

På den direkta uppmaningen att ändå försöka ange en viktigaste komponent var det vanligaste svaret dialog och regelboken/förfrågningsunderlaget och därefter prestationsmätning och ersättningssystem/ekonomisk styrning. Det övergripande intrycket var att dialog anses vara en bättre och mer ändamålsenlig form av styrning än uppföljning av indikatorer, givet att ett övergripande syfte med styrningen är att förbättra den vård som erbjuds medborgare:

”Vi besöker alla vårdcentraler och har dialog. När vi frågar efter resultat så händer det något i verksamheten. Det lönar sig att följa upp och fråga... Det är svårt att styra på pengar. Man missar poängen med målrelaterad ersättning.” (Dalarna)

”Kontinuitet i relation och dialog mellan beställare och utförare och att vara konsekvent i att hålla en linje om den är tydlig. Målen får inte bara vara politiskt formade utan de måste tas fram i dialog med vårdgivare. Att föra dialogen med vårdgivare och politik är grunden för en hållbar primärvård över tid.” (Gävleborg)

En vanlig kommentar var att den kontinuerliga kontakten och förtroendet som följer av en god dialog idealt ska vara den viktigaste delen i styrningen men att i verkligheten är den ekonomiska styrningen och uppföljning av regelboken/förfrågningsunderlaget med hjälp av indikatorer mer kraftfulla styrmedel sett ur vårdgivarnas perspektiv. På detta tema var det flera som sa att de inte har tillräckligt med resurser för att kunna genomföra dialogmöten i önskad utsträckning. Flera av de som intervjuades var lite ursäktande i sin ton och i vad de sa i de fall som dialog inte var den viktigaste delen:

”Dialogen idealt men ersättning är så viktigt för vårdgivarna” (Kalmar)

”Vi jobbar med att hjälpa vårdgivare utveckla kvalitet. Jobbar med mkt indikatorer. Följer ca 70 indikatorer. Här ser vi vad som sticker ut. ... Kontroll kan man göra med indikatorer.

Dialogen behövs främst för att utveckla verksamheter, för att kunna göra utfallen i indikatorerna användbara.” (Sörmland)

”Den dialogbaserade delen syftar till både stöd och kontroll. Det går att vara skarp också när man har goda relationer.” (Västernorrland)

”Uppföljningsbesöken sker i dialogform. De bygger på befintliga data utifrån medicinska indikatorer och utformning av verksamheten utifrån ställda krav, (t ex bemanning och kompetens). Vårdcentralerna berättar om sin verksamhet, vilket ger en inblick i och förståelse för verksamheten. Det finns behov av stöd till vårdcentralerna i utvecklingsarbetet. Tonvikten från Hälsovalsenheten är mer på stöd än på kontroll. Vi har även ett särskilt uppdrag kring utveckling av medicinsk kvalitet.” (Örebro)

4.2.2 FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG

Regelboken/förfrågningsunderlaget/krav- och kvalitetsboken är det dokument som ligger till grund för avtal mellan huvudman och vårdgivare. Här specificeras de krav och villkor som vårdgivaren måste uppfylla för att få bedriva primärvård och erhålla ersättning inom ramen för vårdvalssystemet i respektive landsting och region.

Förfrågningsunderlaget innehåller all information som en vårdgivare måste ta del av och ta ställning till innan man ansöker om att få bedriva primärvård inom vårdvalet i det aktuella landstinget eller regionen. Detta är bland annat de verksamhetsmässiga och ekonomiska krav som en vårdgivare måste uppfylla, information om själva primärvårdsuppdraget (grundåtagande och tilläggsuppdrag), information om ersättningsmodellen och vad och hur uppföljningen av verksamheten går till samt information om stödtjänster (till exempel journalsystem och IT).

En genomgång av förfrågningsunderlagen som Socialstyrelsen (2016) har gjort visar att det finns mycket gemensamt vad gäller grundåtagandet i de olika landstingen och regionerna. I samtliga fall står det att vårdgivarna ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och riktlinjer. Socialstyrelsens genomgång visar också att det finns en kärnverksamhet på övergripande nivå som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting och regioner även om ordval och formuleringar varierar i förfrågningsunderlagen. Denna gemensamma kärna omfattar:

- mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård (i Stockholm omfattar detta basal hemsjukvård i sin helhet)
- medverkan i landstingets smittskyddsarbete, forsknings- och
- utvecklingsarbete samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.

Det finns också mycket gemensamt vad gäller de tjänster som ingår i den planerade och oplanerade vården. I tabell 4.1 och 4.2 visas vilka tjänster som ingår i grundåtagandet respektive i tilläggsuppdrag enligt förfrågningsunderlagen. I flera fall finns det också separata vårdval för barnhälsovård (Skåne, Stockholm, Uppsala), mödrahälsovård (Skåne, Stockholm, Uppsala), medicinsk fotvård (Jämtland-Härjedalen, Stockholm).

Tabell 4.1. Grundåtagande enligt förfrågningsunderlag 2016/17 (utöver utredning, diagnostik, behandling, uppföljning av behandling, omvårdnad, rådgivning, utfärdande av intyg, förskrivning av hjälpmedel, psykosociala insatser)

	Rehabilitering	Med. fotvård	Mödrahälso- vård	Barnhälso- vård	AT/ST
Blekinge	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Halland	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Nej	Ja (läkarinsatser)	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Landstinget i Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Region Jämtland Härjedalen	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Skåne 2009-2014	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne från 2015	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm 2009-2015	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Stockholm från 2016	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Södermanland	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja

Uppsala	Endast arbetsterapi	Nej	Nej	Nej	Ja
VGR	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Västamanland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Endast psykosocial	Ja	Nej	Ja	Ja

Tabell 4.2a. Tilläggsuppdrag enligt förfrågningsunderlag 2016/17

	Rehabilitering	Med fotvård	MHV	BHV	Psykosociala insatser
Blekinge	Ja (MMR)	Nej	Nej	Nej	Ja (riskbruk/missbruk)
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Gävleborg	Ja (MMR)	Nej	Nej	Ja	Nej
Halland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Ja (läkarinsats)	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Landstinget i Värmland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Region Jämtland Härjedalen	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne 2009-2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Skåne från 2015	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja (mott unga vuxna)
Stockholm 2009-2015	Ja (långvarig smärta)	Nej	Nej	Nej	Ja (1a linjen barn & unga)
Stockholm från 2016	Ja (långvarig smärta)	Nej	Nej	Nej	Ja (1a linjen barn & unga)
Södermanland	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Ja (Sjukgymnastik)	Nej	Ja	Ja (från 2017)	Nej
VGR	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västamanland	Ja (MMR)	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

MHV=Mödrahälsovård; BHV=Barnhälsovård; MMR=Multimodal rehab,

Tabell 4.2b. Tilläggsuppdag enligt förfrågningsunderlag 2016/17

	AT/ST	Kommunal HoS	Familjecentral	Jour/akutverksamhet
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Ja	Nej	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Nej	Nej	Ja	Nej
Landstinget i Värmland	Ja	Nej	Nej	Nej

Norrbottn	Nej	Nej	Nej	Nej
Region Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja	Nej
Skåne 2009-2014	Ja	Nej	Ja	Ja
Skåne från 2015	Ja	Nej	Ja	Ja
Stockholm 2009-2015	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm från 2016	Nej	Nej	Nej	Nej
Södermanland	Ja	Ja	Ja	Nej
Uppsala	Nej	Ja	Nej	Nej
VGR	Nej	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja	Ja (utökat uppdrag)
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej

4.2.3 ERSÄTTNINGSMODELLER

Ersättningsmodellerna uppvisar också stora likheter i utformning mellan huvudmännen. En kombination av fast kapitationsersättning och rörlig besöksersättning tillämpas av samtliga huvudmän. Andelen kapitationsersättning varierar mellan 60 procent (Stockholm) och nästan 100 procent (Jämtland-Härjedalen, Värmland, Halland, Västernorrland) av den totala ersättningen. Denna fasta ersättning justeras för ålder, diagnostyngd (ACG) och socioekonomiska förutsättningar bland listade individer i en majoritet av fallen. Justering sker också utifrån geografisk lokalisering (glesbygdstillägg) i många fall. Vidare används målbaserad ersättning i två tredjedelar av alla landsting och regioner. I Kalmar och Gävleborg fall finns också särskilt öronmärkt ersättning (utöver den målbaserade ersättningen) för att bedriva kvalitets- och utvecklingsarbete vid vårdcentralerna (se vidare i avsnitt 4.5.3).

Tabell 4.3. Ersättningsmodeller: kapitering (andel av total ersättning), målbaserad (ja/nej), rörlig (ja/nej), kvalitetutvecklingspeng (ja/nej), tilläggsuppdrag (ja/nej)

Huvudman	Kapitation	Mål-baserad	Rörlig*	Kvalitetspeng	Ersättning tilläggsuppdrag
Blekinge	Ja (90%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Ja (70%)	Ja	Ja	Nej	Ja
Gotland	Ja (80%)	Ja	Ja	Nej	Ja
Gävleborg	Ja (90%)	Ja	Nej	Ja	Ja
Halland	Ja (nästan 100%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Jönköping	Ja (80%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Kalmar	Ja (69%)	Nej	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja (över 80%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Landstinget i Värmland	Ja (nästan 100%)	Nej	Ja	Nej	Ja
Norrbottnen	Ja (66%)	Ja	Nej	Nej	Nej
Region Jämtland Härjedalen	Ja (nästan 100%)	Nej	Ja	Ja (särskilda satsningar/projekt)	Ja
Skåne 2009-2014	Ja (95%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Skåne från 2015	Ja (95%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Stockholm 2009-2015	Ja (40%)	Ja	Ja	Nej	Ja
Stockholm från 2016	Ja (60%)	Ja	Ja	Nej	Ja
Södermanland	Ja (66%)	Ja	Ja	Ja (särskilda satsningar/projekt)	Ja
Uppsala	Ja (70%)	Ja	Ja	Nej	Ja

VGR	Ja (85%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Västamanland	Ja (80%)	Ja	Ja	Nej	Ja
Västerbotten	Ja (85%)	Ja	Nej	Nej	Ja
Västernorrland	Ja (nästan 100%)	Nej (inte efter 2016)	Nej	Nej	Ja
Örebro	Ja (85%)	Ja	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja (79%)	Nej	Ja	Ja (särskilda satsningar/projekt)	Ja

*Utöver patientavgift för listade och besöksavgift för patienter som är listade vid annan vårdcentral.

Tabell 4.4. Justering av kapiteringsersättning (ja/nej för ålder, CNI, ACG, Geografi, täckningsgrad)

	Ålder	ACG	CNI	Geografi	Täckningsgrad
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Dalarna	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Jönköping	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Landstinget i Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Region Jämtland Härjedalen	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej
Skåne 2009-2014	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Skåne från 2015	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Stockholm 2009-2015	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej

Stockholm från 2016	Ja	Ja (Från 2017)	Ja	Nej	Nej
Södermanland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Ja (strukturer.)	Nej
VGR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej

I samtliga fall (utom Stockholm) har vårdgivare ansvar för besök som listade individer gör hos andra vårdcentraler, så kallade otrohetsbesök. I en majoritet av fallen har vårdgivare ansvar för läkemedel som förskrivs i primärvården. Undantagen är Stockholm, Sörmland, Örebro, Halland och Gotland.

4.3 STYRNINGENS ROLL

På den öppna intervju-frågan ”Syftar styrningen övergripande främst till stöd eller kontroll” beskrev de flesta att styrningens roll övergripande ämnar vara både stödjande/möjliggörande och kontrollerande även om det finns variation i fokus här. Fyra citat har valts ut för att exemplifiera detta:

”Stöd till verksamhetsutveckling att utföra hela uppdraget.” (Jämtland-Härjedalen)

”Stöd och kontroll. Vården ska utvecklas av vårdgivare och uppdragsgivare tillsammans.” (Värmland)

”Stöd. Både den som baseras på indikatorer och dialogen i sig syftar till att stödja verksamheter.” (Kronoberg)

”Mer stöd eftersom vi vill se resultat. Men vi blir polis också. Vi tar med oss ideer mellan vårdcentraler. Blir lösningsfokuserad.” (Dalarna)

Också svaren från enkäten pekar på att styrning syftar till både stöd och kontroll i de flesta fall med en liten övervikt åt stöd. Här ombads de svara på skala 1-7 ifall den

övergripande modellen för styrning syftar främst till stöd eller främst till kontroll eller lika mycket båda delar. Enkäten besvarades av 19 sjukvårdshuvudmän. Skåne och Stockholm hanteras som två observationer vardera i figuren, det vill säga före och efter de förändringar som infördes 2014 respektive 2016/17. Sammantaget redovisas därför på 21 observationer av modeller för styrning i svensk primärvård efter vårdvalet i diagram 4.1-4.2.

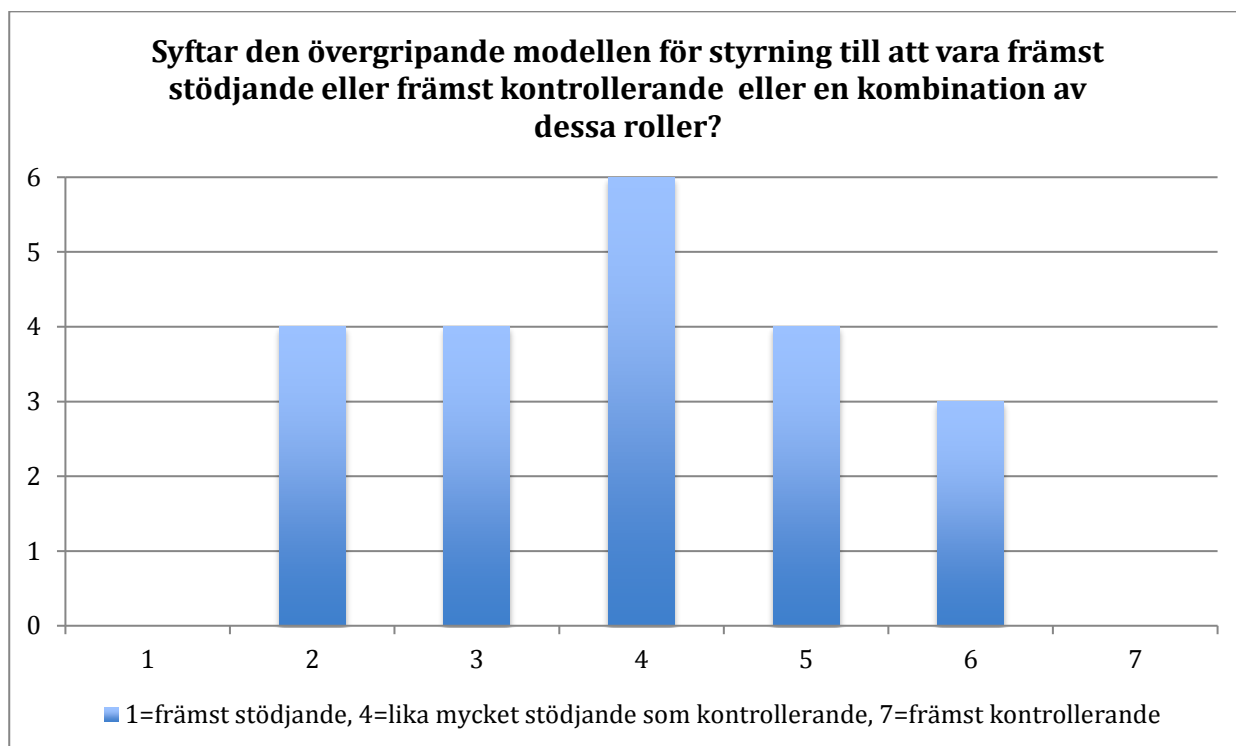


Diagram 4.1. Styrningens roll som stödjande eller kontrollerande.

Det allmänna intrycket var att representanterna för sjukvårdshuvudmännen tycker att stöd är viktigare än kontroll och svaren var lite ursäktande i de fall som den modellen för styrning främst syftar till kontroll. Två citat speglar detta:

”Har varit mer kontroll än stöd men arbetar aktivt och gör förändringar så att det ska bli lika delar stöd och kontroll.” (Stockholm)

”Mer kontroll men styrningen är inte ändamålsenlig som det är nu.” (Västernorrland)

4.4 STYRNINGENS FORM

Som nämnts ovan finns det i samtliga fall ett styrdokument (regelboken/förfrågningsunderlaget) där de krav och villkor som vårdgivaren måste

uppfylla för att få bedriva primärvård och erhålla ersättning inom ramen för vårdvalssystemet i respektive landsting och region. Arbetet med den kontinuerliga processen för styrning, det vill säga att utforma, följa upp hur väl vårdgivare möter kraven och revidera detta styrdokument, sker dock på lite olika sätt. I studien delas former för styrning övergripande upp i dialog och prestationsmätning och uppföljning.

Resultaten från enkäten och intervjuerna visar att modellerna för styrning har inslag av formaliserade processer för både dialog och prestationsmätning och uppföljning i de flesta fall. Generellt är graden av båda formerna för styrning stor i de modeller för att styra vårdgivare i primärvården som ingår i studien. I diagram 4.2 visas graden av användning av dialog och indikatorer i styrningen enligt resultaten från enkäten.

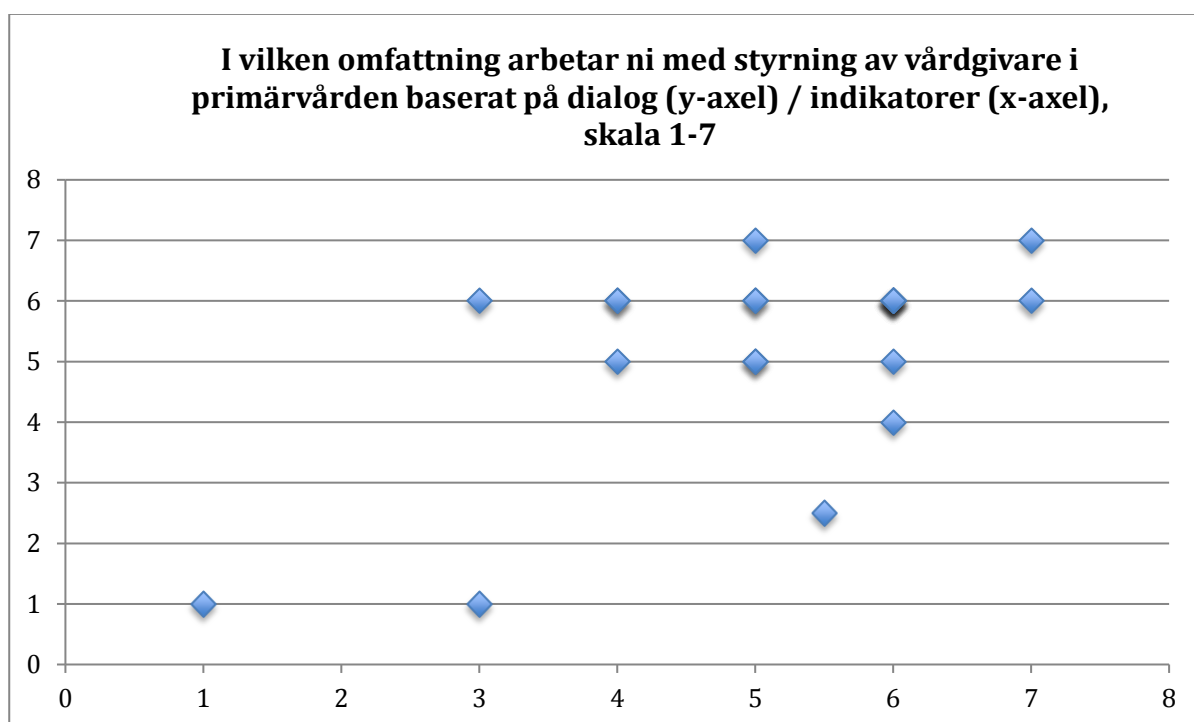


Diagram 4.2. Grad av styrning med dialog och prestationsmätning

4.4.1 PRESTATIONSMÄTNING

Formaliserade processer för prestationsmätning och uppföljning används i samtliga fall för att styra vårdgivare. Antalet indikatorer som löpande följs upp varierar mellan omkring 15 och omkring 80. Indikatorerna är i de flesta fall struktur- och processmått vilka mäter vilka insatser som görs för olika patientgrupper, till exempel kontinuitet och tillgänglighet eller om det finns en diabetessjuksköterska på vårdcentralen, andel nyfödda som får hembesök, andel läkemedelsgenomgångar bland äldre patienter eller följsamhet till kliniska riktlinjer avseende förskrivning av antibiotika och/eller andra

läkemedel. I ett fåtal fall används resultatmått, till exempel undvikbar slutenvård bland äldre och patientupplevd kvalitet. Många använder det 80-tal indikatorer som har arbetats fram inom ramen för PrimärvårdsKvalitet, ett samarbete mellan en rad landsting och regioner under ledning av SKL. Vid årskiftet 2016/17 användes/fanns PrimärvårdsKvalitet i 9 landsting och regioner i olika utsträckning och totalt på omkring 250 vårdcentraler vilket utgör 20 procent av landets vårdcentraler. Det finns olika modeller för att samla in, visa data lokalt och skicka data till den gemensamma databasen. Några har valt att bygga egen lösning, andra har valt utdataprogrammet Medrave eller Qlikview. Ett fåtal landsting undersöker fortfarande passande teknisk lösning.² I 14 av de 21 landstingen och regionerna kopplar man ekonomiska konsekvenser till måluppfyllelse avseende en eller flera indikatorer (utöver täckningsgrad) inom ramen för målbaserad ersättning år 2016/17.

Tabell 4.5. Antal indikatorer och ifall belöning/avdrag förekommer kopplat till måluppfyllelse år 2016/17

	Används för uppföljning	Belöning/avdrag för måluppfyllelse
Blekinge	Ja (fyra områden)	Ja (fyra områden)
Dalarna	Ja (ca 30)	Ja (tre st: tillgänglighet, antibiotika, hälsofrämjande arbete)
Gävleborg	Ja (ca 30)	Ja (hälsosamtal, läkemedel, hembesök BVC)
Halland	Ja (ca 80)	Ja (följsamhet läkemedelsrekommendationer)
Jönköping	Ja (ca 80)	Ja (7 mål)
Kalmar	Ja (ca 15)	Nej
Kronoberg	Ja (ca 25)	Ja (14 st: medicinska utfall, täckningsgrad, hembesök BVC)
Landstinget i Värmland	Ja (ca 80)	Nej
Norrbottnen	Ja (ca 40)	Ja (hälsofrämjande arbete,)
Region Jämtland Härjedalen	Ja (ca 50)	Nej
Skåne 2009-2014	Ja (ca 15)	Ja (täckningsgrad, kontinuitet, läkemedel, Hembesök BVC, undvikbar slutenvård)
Skåne från 2015	Ja (ca 80)	Ja (täckningsgrad, kontinuitet, läkemedel, hembesök)
Stockholm 2009-2015	Ja (ca 80)	Ja (ca 15 indikatorer)
Stockholm från 2016	Ja (ca 80)	Ja (3 indikatorer och sedan kvalitetsområden)

² <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> 2017-05-14

Södermanland	Ja (ca 70)	Ja (tillgänglighet)
Uppsala	Ja (ca 80)	Ja (7 mål: hälsofrämjande och tillgänglighet)
VGR	Ja (ca 80)	Ja (9 mål: kroniskt sjuka, läkemedel, täckningsgrad)
Västerbotten	Ja (ca 40)	Ja (6 mål fast mer som rörlig ersättning än målbaserad)
Västernorrland	Ja (ca 40)	Nej (inte efter 2016)
Örebro	Ja (ca 65)	Ja (7 mål)
Östergötland	Ja (fyra områden)	Nej

4.4.2 PRESTATIONSMÄTNING ÖVER TID

Användningen av prestationsmätning med hjälp av indikatorer har utvecklats sedan vårdvalet infördes. Inledningsvis handlade det mycket om att följa upp volymer av aktiviteter där fokus låg på att mäta produktivitet. Gradvis har prestationsmätningen börjat användas till att vara ett stöd i det löpande arbetet med att utveckla arbetsmetoder och förbättra kvaliteten kopplat till specifika förutsättningar hos vårdgivare. Att involvera medarbetare ute i verksamheterna tycks ha varit en viktig faktor för att uppföljning av indikatorer ska kunna utgöra stöd i verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete. Detta gäller dels då valet av vad som ska följas upp görs. Genom att involvera de som arbetar i verksamheterna kan måtten uppfattas som relevanta och användbara för vårdgivarna. Det gäller också hur utfallen i prestationsmått återkopplas till verksamheterna. Ett sätt är genom en ökad dialog mellan beställare och utförare. Resultaten återförs i dialogform på två sätt; dels genom enskilda dialogmöten mellan uppdragsgivare och vårdgivare där specifika förutsättningar för just den vårdgivaren står i fokus och dels i grupp där gemensamma problem och lösningar på dessa lyfts och diskuteras av flera vårdgivare tillsammans. Ett annat sätt är genom att utfallen publiceras och görs tillgängliga för vårdgivare så att de kan jämföra sina resultat med varandra (benchmarking).

4.4.3 DIALOG

Generellt är regelbunden dialog med alla vårdgivare enskilt eller i grupp ett vanligt inslag i modellerna (diagram 4.3). Av de 21 modeller för styrning som ingår i studien

är det endast två som inte har en formaliserad process för att regelbundet träffa alla vårdgivare. Med att ”träffa alla vårdgivare” avses i detta sammanhang att träffa en person (verksamhetschef och/eller medicinskt ansvarig) från varje enskild vårdcentral.

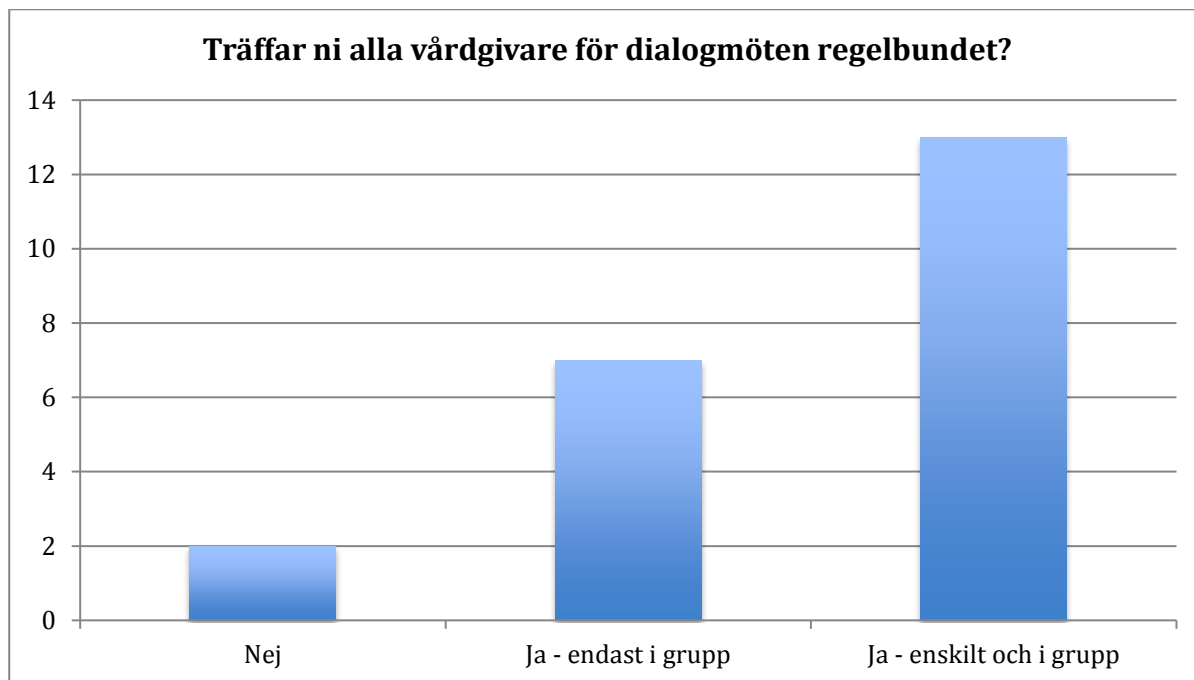


Diagram 4.3. Förekomst av regelbundna dialogmöten med alla vårdgivare.

Anledningarna till att regelbunden dialog förekommer i de allra flesta fall är flera. Ett citat från Gävleborg speglar detta:

”Bra sätt att få ökad förståelse, att få ihop primärvård. Rent egoistiskt – kan få fram mycket som inte går att få fram annars. Kan förändra och göra handboken bättre. Roligare och mer lyftande arbeta med utveckling och stöd än att arbeta med kontrollfunktioner.”

Syftet med dialogmötena såsom det beskrevs vid intervjuerna kan övergripande sorteras under fem teman. Ett tema handlar om att bygga relationer och skapa förtroende och förståelse mellan beställare och utförare:

”Mänskliga relationer är avgörande i vården. Allt går inte att mäta och följa upp utan att träffas. Kan också skapa förändringsbenägenhet bland vårdgivare.” (Kalmar)

Ett annat tema handlar om att skapa förståelse för själva uppdraget bland vårdgivare. I samband med att vårdvalet infördes ändrades förutsättningarna för vårdgivare att bedriva primärvård. Dialogmöten fyller en viktig funktion i att förklara och översätta vad som står i regelboken/förfrågningsunderlaget som ligger till grund för det kontrakt

mellan vårdgivare och huvudmän och som anger vilka förväntningar som finns på vårdgivarna.

Ett tredje tema handlar om att kunna utkräva vårdgivare på ansvar för den verksamhet de bedriver. Dialog behövs för att skapa en helhetsbild av vad som händer i verksamheterna för huvudmännen.

Ett fjärde tema handlar om att samla information i syfte att inför revidering av regelbok/förfrågningsunderlag. Genom att ta del av det som händer i verksamheterna och föra dialogsamtal med vårdgivare skapas en förståelse för vad som fungerar och inte fungerar i praktiken i primärvården. Sådan information används sedan när regelbok/förfrågningsunderlag revideras så att det som vårdgivare förväntas prestera ska stämma överens med vad som faktiskt är möjligt att åstadkomma i den dagliga verksamheten.

Ett femte tema handlar om att ge stöd till lärande och kvalitetsutveckling. Genom återkoppling och diskussion kring utfall i olika indikatorer över tid och i jämförelse med andra och med hänsyn till de specifika förutsättningar som råder på varje vårdcentral blir prestationsmätningen meningsfull och användbar i verksamhetsutvecklingssyfte. Vidare förklarade många vid intervjuerna att vid dialogmötena kan lärdom dras kring hur enskilda vårdgivare har löst problem av olika slag. Dessa goda exempel sprids till andra och blir då till nytta i utvecklingen av vården.

4.4.4 DIALOG ÖVER TID

Förekomsten av styrning genom dialog har ökat sedan vårdvalet infördes. Vikten av kontinuitet och goda relationer poängterades av flera. Innehållet i dialogmötena har också skiftat över tid. Fokus har skiftat från att förklara uppdraget till att vara ett stöd i arbetet med att erbjuda ändamålsenlig vård till respektive patientgrupp. Det sistnämnda handlar framförallt om att dela goda exempel mellan vårdgivare och att återföra resultat från prestationsmätning i ett relevant sammanhang.

Förekomsten av dialog har minskat något i några fall där man haft regelbunden dialog ute på samtliga vårdcentraler ända sedan vårdvalet infördes. Här har man i en några fall valt att istället för att besöka alla vårdgivare regelbundet koncentrera besöken till de som har problem eller särskilda utmaningar (tex Skåne och Östergötland). I Östergötland har man dock från 2017 återinfört regelbundna dialogmöten med alla vårdgivare:

”Årlig uppföljning på varje enskild vårdcentral de första fem åren. Fram till 2015 hade vi dialog med alla. Tar fram en kvalitetsrapport för varje vårdcentral baserat på regelbokens skall-krav. År 2015 och 2016 gjorde vi enbart besök på 10 respektive 16 vårdcentraler för uppföljningsdialog. Hur de 10 respektive 16 VC valdes ut? Många gånger vet vi om vilka vårdcentraler som har utmaningar/svårigheter, framförallt vad gäller bemanning, andra parametrar kan vara medicinska kvalitetsmått, samt tillgänglighetsmått. Från 2017 besöker vi samtliga igen.”

I andra fall har man valt att efter att ha arbetat upp relationer genom enskilda dialogmöten med alla vårdgivare övergå till att samla in grupper av vårdgivare till gemensamma dialogmöten istället i syfte att binda mindre resurser till uppföljningsverksamheten men ändå säkerställa fortsatt arbete med att dela erfarenheter mellan vårdgivare:

”Viktigt att skapa kontakter direkt mellan vårdgivare. Landstingsdrivna trodde från början att de privata bara är ute efter pengar. När man ser att de också kämpar ser man varandra och kan jobba gemensamt. ... Från hösten 2016 kommer vi inte att besöka alla ute i verksamheterna regelbundet utan det kommer att bli på samverkansnivå, sex samverkansområden, istället. Vill stärka dialogen och minska avståndet mellan hälsocentralerna. Istället för att besöka alla vårdcentraler kan vi träffa alla samverkansområden där vi ska föra en medicinsk dialog utifrån kriterier. Där ska man beskriva hur man arbetar med diabetes, KOL och så vidare. I gruppen med folk som har kompetens från verkligheten kan vi dela erfarenheter. Dialog mellan enheter. Driva kvalitet och utveckling. Regionen blir kunskapsbärare mellan de olika samverkansområdena.”

4.5 LÄRANDE OCH KVALITETSUTVECKLING

Att modellen för styrning ska bidra till lärande och kvalitetsutveckling i svensk primärvård kom upp som en viktig punkt i samtliga fall. Här beskrevs styrningens roll som stödjande eller möjliggörande. Såväl dialog som prestationsmätning användes i detta syfte.

4.5.1 UPPTÄCKA OCH SPRIDA GODA EXEMPEL GENOM DIALOG

Dialog i olika former beskrevs som en övergripande ansats för att både upptäcka lösningar på problem ute i verksamheten och sprida goda exempel mellan vårdgivare. Att samla in och dela goda exempel bland vårdgivare i samband med regelbundna dialogmöten hos enskilda vårdgivare är ett sätt som huvudmännen arbetar med att främja lärande och kvalitetsutveckling. I Region Skåne var detta en viktig del i modellen för styrning under 2009-2014. Ett annat exempel kommer från Västernorrland:

”Vi tipsar om goda exempel. Till exempel om att styra om till annan personal än läkare. Tipsar om en vårdcentral som jobbar bra med triage-modell. En av våra huvuduppgifter.”

Ett annat sätt är att samla till gemensamma möten, där goda exempel som har identifierats vid dialogmöten med enskilda vårdgivare delas. Två citat speglar detta sätt att arbeta. Det första kommer från Kalmar och det andra från Kronoberg:

”Varför besöker vi alla regelbundet? Vill veta vad man gör i verksamheterna. Följa upp hur skattemedel används. Lyfta goda exempel. Vi ser allt som görs. Kallar till konferens. Lyftar exempel på en konferens ... En enhet som jobbar med palliativ vård och samverka bra med kommuner kring hembesök. Färre patienter till akut och medicinklinik. Löser mycket på plats. Alla är nöjda. Kommunen, patienter, anhöriga. Vi sprider denna modell till andra. I Hultsfred kommun finns ett annat exempel, en privat som arbetar med fysisk träning för äldre. God modell och sett förbättring. Ska filma och dela erfarenheter.”

”Tar fram material och visar lite olika från gång till gång. Olika från år till år men samma till alla vårdcentraler. Visar allt för alla. Läkemedelsanvändning till exempel har förbättrats. Sen tar vi med exempel på arbetssätt och sprider till andra. Säsongsvaccin mot influensa – olika sätt att öka täckningsgrad.” (Kronoberg)

Ett tredje sätt är att huvudmännen organiserar gemensamma dialogmöten med många vårdgivare där vårdgivarna själva diskuterar arbetsmetoder och delar erfarenheter och huvudmannen mer agerar moderator. I Värmland används denna modell på ett framgångsrikt sätt enligt vad som kom fram vid intervjun:

”Vi har hälsovalsråd en gång i månaden med alla verksamhetschefer. Diskuterar uppföljning. Diskuterar uppdraget och reviderar förfrågningsunderlaget. Får till viss del ta del av goda exempel. Sprider sådana vid dessa träffar. Konkret exempel: Hur man använder en fysioterapeut. En vårdcentral som har haft fysioterapeut på projekt. Annat exempel: en vårdcentral som tagit fram en egen styrmodell för att utveckla kvalitet. Leder till diskussion om organisatoriska lösningar och ledningsfunktioner. Tredje exempel: hantering av psykisk ohälsa med goda resultat.” (Värmland)

4.5.2 FRÄMJA KVALITETSUTVECKLING GENOM ÅTERKOPPLING AV RESULTAT VIA KVALITETSINDIKATORER

Att arbeta med prestationsmätning beskrevs som en annan övergripande ansats som huvudmännen arbetar med för att driva kvalitetsutveckling. Samtliga landsting och regioner arbetade år 2016/17 med uppföljning av kvalitetsindikatorer i primärvården (se tabell 4.5). Ett sätt som prestationsmätning används för att bidra till

kvalitetsutveckling är genom återkoppling till vårdgivarna vid dialogmöten. Här sätts utfallet i olika kvalitetsindikatorer över tid och i jämförelse med andra vårdgivare i relation till den patientgrupp och andra förutsättningar som respektive vårdgivare har för att bedriva vård. Ett annat sätt är genom att öppet jämföra utfallet i kvalitetsindikatorer mellan vårdgivare (benchmarking) för att på så sätt främja ett kontinuerligt förbättringsarbete. Ingen vill ju vara sämst! Flera huvudmän lyfte upp att dessa sätt är bra om användningen av kvalitetsindikatorer syftar till att förbättra kvaliteten i den vård som erbjuds medborgare. Ett exempel kommer från Örebro:

”Vi har tidigare varit bland de sämsta i Sverige vad gäller diabetes typ 2. Ett utvecklingsprojekt har genomförts med besök till alla vårdcentraler där man använt indikatorer och jämförelse i dialogen och på så vis förbättrat. Tror på mål och resultatstyrning för att skapa motivation till förbättring så att det blir bättre för patienterna. Utvecklingsarbetet inom diabetes startade redan 2005 och har varit långsiktigt utifrån tydliga mål och återkoppling av resultat.”
(Örebro)

4.5.3 FRÄMJA KVALITETSUTVECKLING GENOM EKONOMISKA INCITAMENT

Det vanligaste sättet att använda ekonomiska incitament för att främja kvalitetsförbättringar är att koppla målrelaterad ersättning till utfallen i kvalitetsindikatorerna. I 14 av de 21 landstingen och regionerna användes målrelaterad ersättning år 2016/17 (se tabell 4.5). De vanligaste kvalitetsmålen mäts med processindikatorer och handlar om tillgänglighet, täckningsgrad, förebyggande insatser och följsamhet till olika kliniska riktlinjer, inklusive följsamhet till rekommendationer avseende restriktiv förskrivning av antibiotika.

Ett annat sätt som används i Jämtland-Härjedalen är att istället för att fokusera på enskilda indikatorer, göra en samlad bedömning av utfallet för vårdcentraler och belöna den som sammantaget har en god måluppfyllelse avseende kvalitetsindikatorerna:

”Vi utser årets hälsocentral. Hur utses den? Vi har tagit fram en utvärderingsmodell där vi viktat och värderat verksamheternas resultat från bland annat nationell patientenkät, tillgänglighet, hygien och antibiotika etc. Den verksamhet som förbättrat sig mest gentemot föregående års resultat får 50 000 kronor att användas för utvecklingsarbete och 2015 års vinnare, Myrvikens hälsocentral, använde pengarna för att åka till Slussfors på studiebesök för att ta del av hur de löser glesbygdsmedicin via distansoberoende teknik.”

I två fall använder man ersättningsmodellen för att fördela resurser som specifikt ska främja innovationer och förbättringsarbeten men där vårdgivarna själva får identifiera vilken typ av förbättringsarbete som ska bedrivas vid vårdcentralen. Här får vårdcentralerna en pott med pengar för att bedriva verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättringar prospektivt och ska sedan redovisa för huvudmännen hur det har gått. I Kalmar används dialog för att komma fram till vad respektive vårdcentral ska satsa på samt uppföljningen samt i uppföljningen av densamma:

”Varje vårdenhet får ersättning för att bedriva specifika förbättringsarbeten. Det behöver inte vara nya förbättringsområden varje år utan samma arbete kan fortgå över ett eller flera år. Områdena som förbättringsarbetena handlar om ska vara relevanta för verksamheten och för patienterna. Beställarenheten i dialog med respektive vårdenhet kommer överens om vilket eller vilka förbättringsarbeten som ska prioriteras under den kommande perioden. Dialogen sker i samband med den fördjupade uppföljningen. Hur arbetet har fortlöpt och vilka resultat det gett följs upp i samband med nästkommande fördjupade uppföljning.”

I Gävleborg sker istället uppföljningen på så sätt att alla vårdgivare ska redovisa sitt utvecklingsarbete på ett sådant sätt att alla andra vårdgivare ska kunna ta del av och förhoppningsvis inspireras och lära av erfarenheterna från andra:

”Sedan 2015 får samtliga vårdcentraler en del av den målrelaterade ersättningen för att bedriva utvecklingsarbete. Motkravet är att det ska redovisas. De vårdcentraler som har mest spännande utvecklingsarbete får presentera sina utvecklingsarbeten vid särskilda dagar. Målet är att anställda på hälsocentraler ska kunna ta del av och lyssna och inspireras. Hälsovalskontoret lägger upp alla presentationer publikt på hemsida. Förbättringsarbeten kan tex vara hur hälsocentraler arbetar med psykisk ohälsa, akutflöden på HC men även information för asylsökande.”

Kapitel 5

ANALYS OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Det övergripande bilden är att snart 10 år efter vårdvalet har modeller för att styra vårdgivare i primärvården stora likheter landsting och regioner emellan. Därmed inte sagt att styrmodellerna inte är komplexa. Resultaten i den här studien visar att styrmodellerna inte innehåller en viktigaste komponent utan flera. De kan betraktas som ett paket med många delar (Malmi och Brown 2008) och som en kontinuerlig process (Smith m fl 2012). Härnäst presenteras empirinära reflektioner kring innehåll och utveckling i de styrmodeller som tillämpas i svensk primärvård. Därefter finns en diskussion av de empiriska resultaten utifrån den teoretiska referensramen i kapitel två. Till sist finns en diskussion av ändamålsenlighet i styrmodellerna utifrån huvudmännens perspektiv.

5.1 EMPIRINÄRA REFLEKTIONER

Studien visar att alla huvudmän har ändrat modellen för styrning i primärvården i samband med vårdvalet. I de allra flesta fall har den modell som införts sedan justerats kontinuerligt då förutsättningar har ändrats eller ny kunskap har utvecklats. I två fall har mer omfattande förändringar skett: I Skåne skedde en förändring hösten 2014 då man frångick en modell med regelbunden dialog hos alla vårdgivare till att fokusera på uppföljning av de vårdgivare med svårigheter att leva upp till kvalitetskrav eller grupper av vårdgivare med särskilda förutsättningar. I Stockholm skedde en förändring vid årsskiftet 2015/16. Här infördes förändringar i ersättningsmodellen och uppföljning av vårdgivare där fokus flyttades från produktion besök och uppföljning av volymer till uppföljning av kvalitet och större frihetsgrader för vårdgivare att själva organisera sitt arbete för att möta behov av primärvård hos listade individer.

5.1.1 INNEHÅLL I STYRMODELLER I SVENSK PRIMÄRVÅRD

Modeller för styrning i svensk primärvård beskrevs som ett paket med många delar. Här ingår både objekt och processer i styrningen. De delar som huvudsakligen ingår är regelboken eller förfrågningsunderlaget (objekt), dialog (process), prestationsmätning (objekt och process) samt ersättningsmodeller (objekt).

Förfrågningsunderlaget eller regelboken beskrevs i samtliga fall som det centrala objektet i styrningen. Det är detta dokument som reglerar vilka krav vårdgivare förväntas uppfylla för att få bedriva primärvård och ta del av offentlig finansiering i respektive landsting och region. Det är också detta dokument som ligger till grund för det kontrakt som tecknas mellan vårdgivare och huvudmän. Utformningen av kraven varierar mellan huvudmännen beroende på lokala prioriteringar och förutsättningar. En genomgång av förfrågningsunderlagen visar dock att primärvårdens uppdrag generellt är omfattande. Vårdgivare förväntas ta ett stort ansvar för listade individers behov av öppenvård.

Samtliga huvudmän använder en kombination av dialog och prestationsmätning för att följa upp hur väl vårdgivare lever upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlagen samt som grund för att utveckla primärvården. Samtliga huvudmän menade också att styrningen syftade till både stöd och kontroll. Synen på dialog är att denna form är något mer stödjande än uppföljning av indikatorer men endast marginellt på övergripande nivå. Däremot finns ett starkare samband mellan synen på rollen för uppföljning av indikatorer och användning av dialog. Ju högre förekomst av dialog desto mer stödjande uppfattas den uppföljning som baseras på indikatorer. Detta kan kopplas till det sätt som utfallet i indikatorerna återförs till vårdgivare. Vid dialogmöten kan utfallet i indikatorerna sättas i ett relevant sammanhang och utgöra underlag för en diskussion om förbättringsarbete. På detta sätt blir också uppföljning av indikatorer en del av stödet till verksamhetsutveckling för vårdgivare. Även prestationsmätning och uppföljning ges på detta sätt en möjliggörande roll.

Utmärkande för de huvudmän som svarat lika mycket stödjande som kontrollerande (4 på frågan ”syftar den övergripande modellen för styrning till att vara främst stödjande respektive kontrollerande...” på skalan 1-7 där 1 är stöd och 7 är kontroll) är att graden av styrning är hög i samtliga fall. Detta gäller för användning av både indikatorer och dialog. De båda formerna används ungefär lika mycket i de fall där den övergripande modellen för styrning syftar till att vara lika mycket kontrollerande som stödjande. För de huvudmän som svarat att styrningens roll ämnar vara främst stödjande (2 eller 3 av 7 på frågan ”syftar den övergripande modellen för styrning till att vara främst...”) är graden av styrning överlag också stor – både vad gäller användning av indikatorer och vad gäller användning av dialog. Här är dock graden av styrning med dialog högre än graden av styrning med indikatorer. För de huvudmän som svarat att styrningens roll ämnar vara främst kontrollerande (5 eller 6 på frågan ”syftar den övergripande modellen till att vara främst...”) är graden av styrning överlag lägre än för gruppen

som svarat främst stödjande eller lika mycket stödjande som kontrollerande både vad gäller användning av indikatorer och vad gäller användning av dialog. I den gruppen är graden av styrning med dialog lägre än graden av styrning med indikatorer (tabell 5.1).

Tabell 5.1. Styrningens roll och form

	Främst stöd	Lika mycket stöd och kontroll	Främst kontroll
Grad av styrning överlag	Hög grad av styrning med dialog och indikatorer	Hög grad av styrning med dialog och indikatorer	Lägre grad av styrning med dialog och indikatorer
Balans mellan dialog och indikatorer	Mer dialog än indikatorer	Jämn fördelning mellan dialog och indikatorer	Mer indikatorer än dialog

5.1.2 UTVECKLING ÖVER TID

Övergripande visar resultaten att de 21 olika modellerna för styrning successivt har närmat sig varandra. Erfarenheter av att styra och leda primärvård delas mellan huvudmän genom olika nätverk, samarbeten och dialog mellan enskilda huvudmän. Detta gäller såväl själva modellerna för styrning som användning av begrepp.

En jämförelse av utformningen av ersättningsmodellerna mellan åren 2012 och 2016/17 speglar två saker i utvecklingen: att modellerna har blivit mer lika varandra sedan vårdvalet infördes samt ett minskat fokus på prestationsbaserad ersättning till förmån för fast kapitationsersättning (tabell 5.1). Då den fasta ersättningen har fått en större betydelse har också principerna för att riskjustera denna utvecklats. Som visas i tabellen justerar en majoritet av landstingen och regionerna nu den fasta ersättningen med hänsyn till socioekonomi, diagnostyngd och ålder. Samtidigt har antalet huvudmän som använder täckningsgrad och annan målbaserad ersättning minskat från 15 till 12 respektive 20 till 14.

Tabell 5.2. Ersättningsmodellernas utformning 2012 och 2016/17

	2012	2016/17
Kapitationsersättning		
Andel av total ersättning	40-100%	60-100%
Ålders-justering	13/21	15/21
CNI-justering	16/21	19/21
ACG-justering	8/21	15/21
Geografi (glesbygd)	14/21	13/21
Målbaserad ersättning		
Förekomst	20/21	14/21
Antal mål	1-40	3-14
Täckningsgrad	15/21	12/21

Not: Alla uppgifter som avser 2012 kommer från Anell A, Nylinder P, Glenngård AH. Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.

Som framgår i tabell 5.2 har användningen av målrelaterad ersättning minskat och användningen av fast kapitationsersättning ökat i ersättningsmodellerna i de olika landstingen och regionerna. Kapitationsersättning kan betraktas som en ersättningsform som ger större handlingsutrymme åt verksamheter och medarbetare än åtgärdsbaserade ersättningar som i detalj ersätter en viss typ av prestation (Tillitsdelegationen 2017). Den förändring som skett i ersättningsmodellerna i svensk primärvård kan därför övergripande ses som en utveckling mot större tillit och mindre kontroll. Vidare kan förändringen i ersättningsmodellerna övergripande anses ha medfört bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling och innovationer. Ett av de innovationshinder som tas upp i en aktuell rapport på temat ersättningsmodeller för innovation, nämligen att ersättningen är för detaljerad (Krohnwinkel m fl 2017), kan sägas ha mildrats i och med förskjutningen från rörlig och målbaserad ersättning till fast riskjusterad kapitationsersättning. 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. Målrelaterad ersättning används ibland som ett argument för att öka innovationsutrymmet, men om de resultat som ersätts är mycket specifika, till exempel genom sin koppling till vissa processer eller snävt avgränsade patient/brukargrupper, kan effekten bli den motsatta” (Krohnwinkel m fl 2017, s 31). Vidare visar andra studier att tillit mellan den som styr och den som ska styras är viktigt för att främja förändringsarbete (Brattström m fl 2015; Cho och Ringquist 2011). Detta bekräftas i den här studien. De intervjuade personerna menade att tillit i styrningen är viktigt för att främja innovationer i termer av att bidra till att hitta lösningar på utmaningar ute i verksamheterna.

Utvecklingen av ersättningsmodeller kan övergripande sägas ha medfört större grader av tillit. Dock kännetecknas sättet som huvudmännen beskrev att de använder ersättningsmodeller för att specifikt främja lärande och kvalitetsutveckling av olika grad av tillit respektive kontroll. I två landsting tilldelas alla vårdgivare en summa pengar varje år och där står det vårdgivarna fritt att använda resurserna såsom de finner lämpligt med motkravet att redovisar vad de gjort för huvudmannen och delar sina erfarenheter med andra vårdgivare. Detta kan kännetecknas av en hög grad av tillit. I många landsting och regioner används målrelaterad ersättning för att främja kvalitet. Här blir vårdgivare belönade i relation till i vilken utsträckning de uppfyller förutbestämda nivåer i olika kvalitetsindikatorer. Detta kan kännetecknas av hög grad av kontroll i jämförelse med att fördela ersättning som det står vårdgivare fritt att använda för att främja kvalitet på det sätt som de bedömer vara mest lämpligt. Om de kvalitetsindikatorer som används dessutom är processindikatorer kan de också ha en negativ inverkan på innovationskraften i verksamheten. Generellt gäller att resultatindikatorer kan användas för att ge vårdgivare incitament att själva komma på lösningar som leder fram till önskat resultat medan processindikatorer används för att styra vårdgivares agerande, till exempel i enlighet med riktlinjer (Anell 2014).

Att intresset för målbaserad ersättning har minskat kan också hänga samman med utvecklingen i användning av prestationsmätning och uppföljning av indikatorer sedan vårdvalet infördes. Inledningsvis handlade det mycket om att följa upp volymer av aktiviteter där fokus låg på att mäta produktivitet och efterlevnad till villkor för att få bedriva primärvård. Över tid har prestationsmätning börjat användas mer som stöd i dialog med vårdgivare i syfte att utveckla arbetsmetoder och förbättra kvaliteten kopplat till specifika förutsättningar hos vårdgivare. Det tycks inte vara så att antalet indikatorer som följs upp har minskat, snarare tvärtom. Däremot har det som mäts med

indikatorerna ändrats – från att främst fokusera produktivitet till att handla om kvalitet. Dock är det svårt att hitta mått som på ett bra sätt speglar kvalitet i primärvården. Det som mäts är oftast processmått som speglar följsamhet till evidensbaserade riktlinjer och liknande. Vidare har användningen av informationen utvecklats från att utkräva ansvar genom att belöna eller sanktionera vårdgivare ekonomiskt till att utgöra ett stöd i utvecklings och kvalitetsarbete genom återkoppling av utfall.

Även frekvens och innehåll i dialogmötena har skiftat över tid. Regelbunden dialog har blivit allt vanligare sedan vårdvalet infördes. Innehållet har skiftat från att förklara uppdraget till att vara ett stöd i arbetet med att erbjuda ändamålsenlig vård till respektive patientgrupp. Det sistnämnda handlar framförallt om att dela goda exempel mellan vårdgivare och att återföra resultat från prestationsmätning i ett relevant sammanhang.

5.1.3 LÄRANDE OCH KVALITETSUTVECKLING

Olika strategier används för att främja lärande och kvalitetsutveckling i de olika styrmodellerna. Dialog i olika former beskrevs som en övergripande ansats för att både upptäcka lösningar på problem ute i verksamheten och sprida dessa goda exempel mellan vårdgivare av många huvudmän. Här är en viktig förutsättning att alla vårdgivare besöks och deltar i dialog i olika sammanhang. Genom att besöka alla regelbundet kan relationer och förtroende byggas mellan uppdragsgivare och vårdgivare. I de fall besöken koncentreras till de som av olika anledningar har svårt att leva upp till krav från huvudmännen tenderar dialogmöten att uppfattas mer som kontrollerande. Vidare skapar besök hos alla vårdgivare förutsättningar att upptäcka goda exempel som sedan spridas till andra (Glenngård 2015b). Här bekräftar resultaten slutsatsen i den tidigare fallstudien av Region Skåne.

Ett annat vanligt sätt är att arbeta med prestationsmätning och då framförallt återkoppling till verksamheterna. I dialog mellan huvudmän som har en helhetsbild över primärvården i det aktuella landstinget/regionen och vårdgivaren som har kunskap om de specifika förutsättningar som gäller vid respektive vårdcentral kan lärdomar dras från jämförelse över tid och med andra vad gäller utfall i olika prestationsmått. På så sätt kan kunskapen kring hur behoven hos specifika patientgrupper bäst ska tas om hand utvecklas.

Ett tredje sätt som många huvudmän arbetar med kvalitetsutveckling är genom att koppla målbaserad ersättning till förutbestämda målnivåer av olika kvalitetsindikatorer. Vid val av indikatorer och målnivåer involveras vårdgivare i olika

grad. Ett fjärde sätt (som används i två fall) är att dela ut en summa pengar till varje vårdgivare som är öronmärkt för verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete men där det är upp till verksamheterna själva att identifiera och genomföra relevanta åtgärder.

5.2 ÖVERGRIPANDE REFLEKTIONER

5.2.1 STYRNINGEN ÄR EN KONTINUERLIG PROCESS OCH ETT PAKET AV VERKTYG

Övergripande bekräftar resultaten att begreppsparen *styrningens roll* som stödjande eller kontrollerande och *styrningens form* som dialog eller prestationsmätning från fallstudien av Region Skåne (Glenngård 2015b) är tillämpbara för att beskriva modeller för styrning överlag i svensk primärvård. Resultaten ligger också i linje med de teoretiska utgångspunkterna avseende välfärdsmarknader och styrningens roll och form som lyftes fram tidigare i rapporten.

Styrningen betraktas som ett paket med flera delar i linje med den beskrivning av styrning som Malmi och Brown (2008) ger. Styrningen betraktas vidare som en kontinuerlig process med planering, uppföljning och ansvarsutkrävning, i linje med den beskrivning av styrning i hälso- och sjukvårdssystem som Smith m fl (2012) ger. Regelboken eller förfrågningsunderlaget är det verktyg där normer och prioriteringar formaliseras i text som sedan utgör underlag för kontrakt mellan huvudmän och utförare. Uppföljning sker genom prestationsmätning och vid dialogmöten. Den information som samlas in vid framförallt dialogmöten används också för att löpande revidera förfrågningsunderlagen baserat på kunskap om vad som är möjligt att åstadkomma i praktiken. På så sätt förbättras också förutsättningarna för vårdgivare att leverera det som förväntas av dem. Huvudmännen ger vårdgivare som uppfyller kontrakten fortsatt förtroende att bedriva primärvård och sanktionerar på olika sätt de vårdgivare som inte lever upp till kraven.

Många etiketter kan sättas på de modeller för styrning som tillämpas. Övergripande handlar det om en kombination av alla de övergripande sätt som Le Grand (2009) menar står till buds för att säkerställa att de övergripande målen offentligt finansierade tjänster uppnås. Konkurrens bland vårdgivare och frihet för individer att välja vårdgivare, ger individer möjlighet att inte bara välja bort den vårdgivare de inte tycker om utan även en starkare röst eftersom vårdgivare har incitament att anpassa sig enligt deras önskemål. Ökad valfrihet för individer i sig räcker inte för att sjukvårdens övergripande mål ska uppfyllas och därför justerar huvudmän kontinuerligt sina styrmodeller. Här sker en växelvis utveckling mellan olika grader av tillit och kontroll.

Kombinationen av de mer konkreta formerna för styrning i termer av prestationsmätning och dialog kan sorteras in såväl under Simons (1995; 2000) system för begränsningar, diagnostiska styrsystem, system för värdegrund och interaktivt styrsystem som Adler och Borys (1996) ramverk om möjliggörande och begränsande styrning.

5.2.2 PRESTATIONSMÄTNING, UPPFÖLJNING OCH DIALOG FUNGERAR BÄST TILLSAMMANS

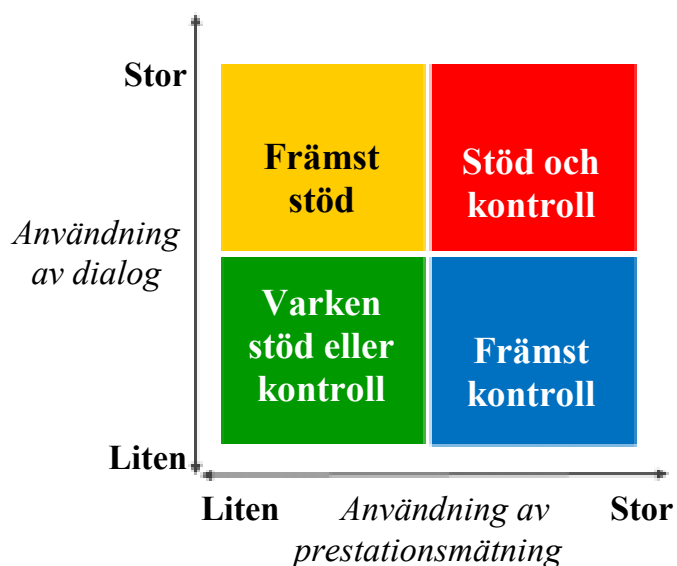
Resultaten stödjer slutsatsen från fallstudien från Region Skåne (Glenngård 2015b), det vill sägs att prestationsmätning och uppföljning i kombination med regelbunden dialog verkar vara en ändamålsenlig styrmodell om styrningen ska ha en både stödjande och kontrollerande roll. Dessa två former för styrning behövs, kompletterar och förbättrar varandra sett ur huvudmännens perspektiv. Tillit i styrningen innebär inte frånvaro av styrning utan snarare hög grad av interaktion mellan den som styr (principalen) och den som ska styras (agenten). I det här sammanhanget är olika former av dialog en viktig del. Dialog i olika former ger också förutsättningar att sprida innovativa lösningar på problem mellan vårdgivare. Resultaten stödjer också resonemangen av Anell (2014) om att indikatorer kan användas på olika sätt. Prestationsmätning kan utgöra en god grund för verksamhetsutveckling om utfallet i indikatorer sätts i ett sammanhang och återkopplas till verksamheter. Synen på prestationsmätning är att den i högre grad uppfattas som en stödjande form av styrning i modeller med stort inslag av dialog.

5.3 STYRMODELLERNAS ÄNDAMÅLSENLIGHET

Modeller för styrning i hälso- och sjukvården förändras kontinuerligt i samband med att förändringar i hälso- och sjukvårdssystem införs. Ändamålsenligheten i styrmodeller tycks inte ligga i att vara antingen möjliggörande eller kontrollerande. Detta gäller åtminstone i situationer då ändamålsenlighet avser att de ska ge vårdgivare goda förutsättningar att balansera krav och önskemål från enskilda individer och huvudmän samt främja goda arbetssätt och innovativa lösningar på problem och utmaningar och därmed bidra till kontinuerligt lärande och kvalitetsutveckling. Modeller för att styra vårdgivare i svensk primärvård snart 10 år efter vårdvalsreformen kännetecknas snarare av ”både och”. Styrningens roll innefattar både kontroll av efterlevnad till vad som står i förfrågningsunderlag och kontrakt och stöd till vårdgivare att bedriva vård på ett sådant sätt att den lever upp till krav och önskemål

från olika aktörer. Huvudmän använder både prestationsmätning och uppföljning och dialog för att styra vårdgivare.

I figur 2 sammanfattas styrningens roll i termer av stöd och kontroll givet graden av de två formerna för styrning, prestationsmätning och uppföljningen samt dialog. En modell med både stöd till vårdgivare att förbättra sina arbetsformer och resultat samt kontroll av att kontrakt efterlevs förutsätter såväl stor användning av dialog som stor användning av prestationsmätning och uppföljning enligt resultaten i denna studie (det övre högra hörnet i figur 2). Ett annat sätt att uttrycka att såväl användning av dialog som användning av prestationsmätning och uppföljning är stor är att betrakta graden av formalisering i styrningen som hög. Majoriteten av de styrmodeller som tillämpas i svensk primärvård år 2016/17 kan placeras i det övre högra hörnet i figur 2, vilket i mångt och mycket motsvarar vad Adler och Borys (1996) kallar möjliggörande byråkrati. Resultaten i den här studien visar alltså att synen på vad som är en ändamålsenlig styrmodell sett ur huvudmännens perspektiv ligger nära det som kan kallas möjliggörande byråkrati.



Figur 2. Styrningens roll.

Synen på vad som är en ändamålsenlig styrmodell kan dock antas variera med hänsyn till flera saker. Härnäst diskuteras studiens resultat med hänsyn till de tre faktorer som lyftes in i inledningen av rapporten: Vad ska styras? Till vem ställs frågan? När ställs frågan?

5.3.1 VAD SKA STYRAS?

Målkonflikter är ständigt närvarande i hälso- och sjukvårdssystem. Detta gäller såväl för olika nivåer i styrkedjan som ute i verksamheterna i sjukvården. Liksom för övriga delar av hälso- och sjukvården finns det en rad mål förknippade med en god primärvård, utöver att den patientupplevda kvaliteten ska vara så hög som möjligt. Det finns ingen enkel lösning på hur vården ska organiseras för att garantera rättvis tillgång till vård samtidigt som mål relaterade till effektivt använda resurser, god kvalitet och kostnadskontroll uppnås (Bevan 2010).

Liksom i tidigare studier kan slutsatsen att styrningens roll i offentlig sektor är en kombination av stödjande och kontrollerande dras baserat på det empiriska materialet i den här studien: Stödjande i syfte att bidra till att den vård som bedrivs motsvarar krav och förväntningar från patienter och huvudmän och kontrollerande i syfte att utkräva utförare på ansvar för hur offentliga medel hanteras och övergripande målsättningar uppnås. Båda dessa delar måste finnas för att kunna balansera traditionella målsättningar kopplade till jämlikhet, kvalitet och effektivitet sett ur ett befolkningsperspektiv med utmaningar relaterade till en kontinuerlig utveckling av hälso- och sjukvården och krav från patienter med olika behov och önskemål. Styrningens roll/möjlighet att stötta vårdgivare i att balansera krav och önskemål från såväl enskilda individer som huvudmän är ett intressant område för fortsatt forskning.

5.3.2 TILL VEM STÄLLS FRÅGAN?

Uppfattningar om vilken modell för att styra som är mest ändamålsenlig kan också tänkas variera med hänsyn till vilken aktör som besvarar frågan. Den här studien speglar huvudmännens uppfattningar styrningens form och roll. Resultaten visar att huvudmän poängterar vikten av förtroende mellan uppdragsgivare och utförare för att på bästa sätt kunna utveckla kvaliteten och ändamålsenligheten i den vård som erbjuds medborgare. Tankar om hur ett sådant förtroende kan skapas och upprätthållas kom också fram i intervjuerna. Något som lyftes av många var att förtroende byggs genom goda relationer och goda relationer förutsätter möten och dialog. Förtroende är inte att inte styra utan hänger snarare samman med stor närvaro av den som styr hos den som ska styras enligt huvudmännen. Information om synen på tillit i styrningen samlades inte in inom ramen för denna studie. Dock indikerar resultaten att sett ur huvudmännens perspektiv innehåller modeller för styrning som speglar tillit mellan beställare och utförare både dialog, prestationsmätning och uppföljning. För att prestationsmätning och uppföljning ska betraktas som stödjande bör de indikatorer som följs upp tas fram

i dialog mellan vårdgivare och huvudmän. Kunskap om vad som fungerar i praktiken och en samsyn kring hur indikatorer som speglar vårdens kvalitet ska utformas är viktigt om dessa indikatorer ska uppfattas som meningsfulla bland vårdgivare. Vidare är återkoppling av utveckling över tid och i relation till andra samt med hänsyn till de förutsättningar som enskilda vårdgivare har viktigt om indikatorerna ska fungera för att utveckla verksamheter och kvaliteten i dessa.

Den här studien rymmer inte vårdgivarnas syn på styrning. Tidigare forskning indikerar att synen på styrningens roll såsom den beskrivs ur huvudmännens perspektiv i denna studie kan delas av utförare. En svensk studie av utvärdering och kontroll i 120 svenska ideella organisationer som är verksamma i Sverige och som får offentliga medel genom Sidas biståndsverksamhet visar att ökad kontroll kan ha positiva effekter (Bengtsson och Engström 2014). En viktig anledning var att kontrollen i sig gav företrädare för organisationerna en känsla av att resultaten hade betydelse. En ökad styrning behöver alltså inte ha negativa konsekvenser för de professionella drivkrafterna menar författarna. Det kan snarare hänga samman med på vilket sätt som styrningen och särskilt återkoppling till verksamheter går till. Inte heller i sjukvården behöver styrning genom prestationsmätning och uppföljning inkräkta på professionella drivkrafter. Utfallet handlar snarare om hur indikatorerna väljs och på vilket sätt som återkoppling av utfall sker till vårdgivare (Anell 2014). I en studie som Health Navigator (2017) genomfört på uppdrag av Tillitsdelegation intervjuas utförare i primärvården och hemtjänsten i Halland och Stockholms om synen på ersättningsmodeller och annan styrning. Resultaten visar att utförare värdesätter dialog mellan beställare och utförare. Dialog anses vara centralt för att kunna uppnå en tillitsbaserad styrning. Vidare uppfattar utförare att en omfattande administration och rapportering begränsar handlingsfriheten och tilliten. Sammanfattningsvis tyder dessa studier på att också sett ur utförares perspektiv innehåller modeller för styrning som speglar tillit både dialog och prestationsmätning och uppföljning. Huruvida synen på sambandet mellan utformning av styrmodeller och förutsättningar för lärande och kvalitetsutveckling är samstämmig bland vårdens olika aktörer är ett andra intressant område för fortsatt forskning.

5.3.3 NÄR STÄLLS FRÅGAN?

År 2016/17 verkar de finnas en uppfattning att styrning som syftar till stöd är mer ändamålsenlig än styrning som syftar till kontroll och att dialog är viktigare än prestationsmätning och uppföljning inom hälso- och sjukvården.

Efter införandet av ökad valfrihet i vården har en del av diskussionerna handlat om ifall det går att förena ökad valfrihet med rättvis vård. Vissa grupper är bättre rustade än andra att välja en vårdgivare som motsvarar förväntningarna. En slutsats här är att huvudmän måste fortsätta styra även i en situation med valfrihet för individer. Marknaden räcker inte till. Och mycket av styrningen har kommit att ske baserat på prestationsmätning och uppföljning av indikatorer. Pinnar har det kallats i debatten. Många frågor har diskuterats och debatterats: Mäter vi det som är rätt eller det som är lätt? Hinner vårdgivare träffa patienter och kanske gå på toaletten mellan patienterna eller måste de registrera och dokumentera i oändlighet?

Vad gäller diskussionen om styrningens utformning har den delvis handlat om att uppföljning med prestationsmätning inte är bästa vägen för att stödja verksamhetsutveckling och innovationer. Relaterat till detta är också tillit i styrningen som har varit ett viktigt ämne för den regering som tillträdde år 2014. Det finns en diskussion om hur modeller för styrning kan främja innovationer och tillit, delvis kopplat till tillitsdelegationen som tillsattes sommaren 2016 (Fi 2016:03). Tillitsdelegationen ska besvara frågor som: Hur kan styrningen från stat, kommuner och landsting bidra till verksamhets- och kvalitetsutveckling? Regeringen vill med tillitsreformen utveckla en styrning baserat på tillit i offentlig sektor där medarbetares kunskap står i fokus i syfte att skapa större nytta och kvalitet för medborgare som ska ta del av offentligt finansierade tjänster.

Givet ovanstående resonemang skulle kanske resultatet bli ett annat om studien gjordes vid en annan tidpunkt när andra utmaningar och problem dominerar debatten. I vilken utsträckning slutsatserna om styrningens roll och form står sig över tid är ett tredje intressant område att beforska ytterligare.

REFERENSER

- Adler, PS, and Borys, B. (1996), Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Ahrens T, Chapman CE. Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain. *Contemporary Accounting Research* 2004;21(2): 271–301.
- Anell A, Nylinder P, Glengård AH. *Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.
- Anell, A. (1996) The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience, *Health Policy*; 37: 9-33.
- Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law* 2011;6: 549-569.
- Anell A. (2014) *Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet*. Lund: KEFU.
- Bengtsson N och Engström P (2014), "Replacing Trust with Control: A Field Test of Motivation Crowd Out Theory", *Economic Journal* 124(577): 833–858.
- Brattström A, Löfsten H, Richtner A. Similar, yet different: a comparative analysis of the role of trust in radical and incremental product innovation. *Int. J. Innov. Mgt.* 2015;19(4).
- Cho YJ, Ringquist EJ. Managerial Trustworthiness and Organizational Outcomes. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2010;21:53-86.
- Franco-Santos M, Lucianetti L, Bourne M. Contemporary Performance Measurement Systems: A Review of Their Consequences and a Framework for Research. *Management Accounting Research*, 2012;23(2):79-119.
- Fredriksson M, Blomqvist P, Winblad U. Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines - striving for national equity in Sweden. *BMC Health Services Research* 2014,(5);14.
- Glengård AH. (2015a) *Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS förlag.

- Glenngård AH. (2015b) Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne. Lund: KEFU.
- Glenngård AH. Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 2016;20(1): 72-86.
- Glenngård AH, Anell A. Does increased standardisation in health care mean less responsiveness towards individual patients' expectations? A register based study in Swedish primary care. *Sage open medicine* 2017; (5): 1-8.
- Hartman L (ed). (2011) Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Stockholm, SNS Förlag.
- Hovlin K, Arvidsson S, Ljung A. (2013) Från eldsjäl drivna innovationer till innovativa organisationer - Hur utvecklar vi innovationskraften i offentlig verksamhet. Stockholm: Vinnova.
- Hirschman AO. (1970) Exit voice and loyalty: response to decline in firms, organizations and states. Cambridge: Harvard University Press.
- Krohnwinkel A, Rognes J, Winberg H. Ekonomi för förändring – Ersättningsmodeller för innovation – en vägledning. Stockholm: Leading Health Care. 2017.
- Le Grand, J. (2009), "Choice and Competition in publicly funded health care", *Health Economics Policy and Law*, Vol. 4, pp. 479–488.
- Malmi T, Brown DA. Management Control Systems as a Package— Opportunities, Challenges and Research Directions. *Management Accounting Research* 2008;19: 287-300.
- Simons R. (1995) Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal. Boston: Harvard Business School Press.
- Smith P, Anell A, Busse R, et al. Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems. *Health Policy* 2012;106(1):37-49.
- Riksrevisionen. (2014) Riksrevisionen granskar: staten och vården. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RIR 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- SKL. (2013) Landstingens arbete med uppföljning och kontroll av primärvårdsverksamhet – en översiktlig kartläggning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

SKL 2014. Basmodell för uppföljning av primärvård. Version 1. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2014.

Socialstyrelsen 2016. Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

SKL 2014. Basmodell för uppföljning av primärvård. Version 1. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2014.

Tillitsdelegationen 2017. Delbetänkande om ersättningsmodeller.

BILAGOR

BILAGA 1 – INFORMATION OM ENKÄT TILL SJUKVÅRDSHUVUDMÄN

Begreppet ”medicinsk revision” användes i enkäten såsom det använts i Region Skåne. För att undvika missförstånd bifogades en definition i följbrevet till enkäten:

”Medicinsk revision är ett område med många olika men få enhetliga definitioner av begrepp. Därför kommer här förklaringar till vad som avses med några av de begrepp som finns i enkäten inom ramen för just denna studie:

- Med styrning av vårdgivare avses formell styrning från uppdragsgivarens sida. De tre delarna planering, uppföljning och ansvarsutkrävning ingår.
- Med medicinsk revision avses granskning och styrning av vårdgivare i dialogform. Detta ligger nära det engelska begreppet ”audit and feedback”.
- Med regelbunden revision av alla vårdgivare avses enskild uppföljningsdialog med alla vårdcentraler regelbundet (12-24 månad).
- Med revision på förekommen anledning avses fördjupad granskning och uppföljningsdialog då det kommit till uppgifter om att vårdgivare på olika sätt inte lever upp till de kvalitetskrav (och andra krav) som uppdragsgivaren ställer.
- Med temarevision avses granskning och särskild fördjupningsdialog av en grupp av vårdgivare baserat på en specifik fråga som anses aktuell och/eller viktig.
- Med verifikationsbesök avses granskning och dialogbesök till vårdgivare som har tänkt starta upp en verksamhet inom vårdvalet.”

FRÅGOR OM STYRNINGENS FORM OCH ROLL I ENKÄTEN

Vänligen ange på en skala från 1-7 det som bäst stämmer för ditt landsting/din region på följande sex frågor.

12a. I vilken omfattning arbetar ni med styrning av vårdgivare i primärvården baserat på **dialog**?

Styr med dialog omfattning					Styr med dialog i mycket stor omfattning		i mycket liten
1	2	3	4	5	6	7	

12b. I vilken omfattning arbetar ni med styrning av vårdgivare i primärvården baserat på **indikatorer/andra registerdata**?

Styr med indikatorer mycket liten omfattning					Styr med indikatorer i mycket stor omfattning		i
1	2	3	4	5	6	7	

12c. Syftar styrningen som baseras på **dialog** till att vara främst stödjande (och då handla om verksamhetsutveckling) eller främst kontrollerande (och då handla om uppföljning och ansvarsutkrävning) eller en kombination av dessa roller?

Främst stödjande	Lika mycket stödjande som kontrollerande				Främst kontrollerande	
1	2	3	4	5	6	7

12d. Syftar styrningen som baseras på **indikatorer** till att vara främst stödjande (verksamhetsutveckling) eller främst kontrollerande (uppföljning och ansvarsutkrävning) eller en kombination av dessa roller?

Främst stödjande	Lika mycket stödjande som kontrollerande				Främst kontrollerande	
1	2	3	4	5	6	7

12e. Syftar den **övergripande modellen** för styrning till att vara främst stödjande (verksamhetsutveckling) eller främst kontrollerande (uppföljning och ansvarsutkrävning) eller en kombination av dessa roller?

Främst stödjande	Lika mycket stödjande som kontrollerande				Främst kontrollerande	
1	2	3	4	5	6	7

12f. Är uppföljningsdialogen en central del av den övergripande modellen för styrning eller är den främst ett komplement till andra former av styrning?

Dialogen har en mindre/underordnad roll i den övergripande modellen för styrning					Dialogen har en central/viktig roll i den övergripande modellen för styrning	
1	2	3	4	5	6	7

BILAGA 2 – INTERVJUGUIDE

BEGREPP

- Använder ni begreppet medicinsk revision? Vad avses?
- Använder ni begreppet fördjupad uppföljning? Vad avses?

ÖVERGRIPANDE OM MODELLEN FÖR STYRNING

- Kan du/ni beskriva er modell för styrning i primärvården?
- Vilken är den viktigaste komponenten i er modell för styrning i primärvården?
- Använder ni ackreditering?
- Behandlas privata och offentliga vårdgivare lika?
- Syftar styrningen främst till stöd eller kontroll?
- Vilka allmänna förändringar har gjorts i modellen för styrning sedan vårdval infördes?
- Vilka planerad/pågående allmänna förändringar finns för styrning 2016-2017?
- Har uppdraget förändrats de senaste åren?

PRESTATIONSMÄTNING – ROLL OCH SYFTE

- Använder in prestationsmätning?
- I vilken omfattning?
- Syftar styrningen baserat på prestationsmätning främst till stöd eller kontroll?
- Vilken plats har styrningen baserat på prestationsmätning i förhållande till övergripande modellen för styrning (kompletterande eller central)?
- Hur ser du på värdet av pinnar/indikatorer jämfört med dialog?
- Följs alla upp regelbundet med indikatorer?
- Kopplas ersättning till utfall i indikatorer?

DIALOGBASERAD STYRNING - ROLL OCH SYFTE

- Använder in dialogbaserad styrning?
- Bakgrund till införande? När?
- Syftar den dialogbaserade styrningen främst till stöd eller kontroll?
- Vilken plats har den dialogbaserade styrning i förhållande till övergripande modellen för styrning (kompletterande eller central)?
- Hur ser du på värdet av dialog jämfört med pinnar/indikatorer?
- Följs alla upp regelbundet i dialogmöten?

ORGANISATIONEN

- Är ni som arbetar med styrning specialister på granskning eller på primärvård eller båda delar?

UTFALL OCH KONSEKVENSER AV DIALOGBASERAD STYRNING

- Mindre avvikelser – exempel
- Större avvikelser – exempel

- Konsekvenser för vårdens innehåll och kvalitet
- Kan du ge några exempel?

FÖRÄNDRINGAR I MODELLEN FÖR STYRNING

- Vilka förändringar har gjorts i modellen för styrning sedan vårdvalet infördes?
- Konkreta förändringar 2014-2015?
- Planerade/pågående förändringar 2016-2017?

ERSÄTTNING OCH KOSTNADSANSVAR

- Har ersättningsmodellen förändrats sedan 2012?
- Andel kapitation?
- Använder ni ACG, CNI, geografi eller täckningsgrad för att justera kapitationsersättningen?
- Använder in målrelaterad ersättning?
- Har kostnadsansvaret ändrats sedan 2012?

KEFU SKRIFTSERIE 59
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-59-SE

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