



Kandidatuppsats i offentlig förvaltning VT 2012

Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet

Julia Dang

Kornelia Elowson

Handledare: Gary Kokk

Examinator: Stellan Malmer

**Patientens val?
- En studie om kundvalsmodellens effekter
inom primärvården**

Sammanfattning

Kandidatuppsats i förvaltningsekonomi, Förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet, Ekonomistyrning, VT 2012

Titel: Patientens val? - En studie om kundvalsmodellens effekter inom primärvården

Författare: Julia Dang & Kornelia Elowson

Handledare: Gary Kokk

Examinator: Stellan Malmer

Nyckelord: Kundvalsmodellen, vårdval, Västra Götalandsregionen, ersättningssystem

Problem, Syfte och Frågeställningar

Det finns flera tidigare studier om styrmodeller inom hälso- och sjukvården men få studier om just kundvalsmodellen i form av vårdvalet och dess effekter. Vårdvalet blev obligatoriskt för primärvården år 2010 och är därför en relativt ny reform som kräver vidare studier om dess effekter. Bristen på studier kring införandet av reformen väckte vårt intresse att studera vårdvalet inom Västra Götalandsregionens utformade vårdvalsmodell. Syftet med studien var att undersöka vilka effekter som uppkommit som en följd av tillämpandet av kundvalsmodellen i form av vårdvalet inom primärvården och vad detta kunde bero på.

Frågeställningar för undersökningen var följande:

- Vilka effekter ger kundvalsmodellen upphov till inom den offentliga primärvården?
- Varför uppstår dessa effekter till följd av införandet av kundvalsmodellen?

Tillvägagångssätt

Studiens tillvägagångssätt bestod av att samla in material via personliga intervjuer med verksamhetschefer för vårdcentraler inom Göteborg samt primärvårdschefer inom Västra Götalandregionen.

Resultat

Studien visar att kundvalsmodellen ger upphov till flertalet positiva och negativa effekter. Ersättningssystemet som ligger till grund för styrningen av verksamheterna är avgörande för vilka effekter som uppkommer. Kundvalsmodellen har bland annat lett till ökat kvalitetsarbete och en ökad ekonomisk medvetenhet i verksamheterna. Det har också visat sig att Västra Götalandregionens ersättningssystem har incitament som leder till att vissa patienter prioriteras medan andra prioriteras bort. Det strider mot kundvalsmodellens grundtanke som är att stärka alla patienters rätt genom valfrihet.

Förord

Ett stort TACK till våra respondenter som har gjort denna studie möjlig genom att ställa upp med sin tid och visat på ett stort engagemang och passion för sin verksamhet.

Vi vill även tacka vår handledare Gary Kokk för stöd och vägledning under studiens gång.

Till sist vill vi tacka våra nära och kära för det stöd de gett under skivarpöcessen

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Förord	3
1. Inledning.....	3
1.1 Syfte och frågeställning.....	4
1.2 Avgränsningar	4
2. Bakgrund.....	5
2.1 Historien bakom den svenska vården.....	5
2.2 Västra Götalandregionens ersättningsystem	6
2.2.1 Primärvårdpengen/kapitering	7
2.2.2 Målbaserad ersättning.....	7
2.2.3 Ersättning för geografiska och socioekonomiska förutsättningar.....	7
3. Referensram	8
3.1 Anpassningar och förändringar av verksamheten	8
3.2 Administration.....	9
3.3 Ekonomisk medvetenhet och konkurrens.....	9
3.4 Valfrihet	10
3.5 Kvalitet	11
3.6 Cream-skimming	12
4. Tillvägagångssätt.....	13
4.1 Val av metod.....	13
4.2 Urval.....	13
4.3 Intervjuer	14
4.4 Transkribering	15
4.5 Genomförande	16
4.6 Analys av materialet	16
4.7 Etiska principer.....	16
4.8 Generaliserbarhet	17
5. Empiri	18
5.1 Intervju med vårdcentralschef 1 - V1	18
5.2 Intervju med vårdcentralschef 2 - V2	19
5.3 Intervju med vårdcentralchef 3 - V3.....	20
5.4 Intervju med vårdcentralschef 4 - V4	21
5.5 Intervjuerna med primärvårdschefer - P1 & P2.....	22
6. Analys.....	25
6.1 Administration.....	25
6.2 Ekonomiskt medvetande	25
6.3 Konkurrens	26
6.4 Valfrihet	27

6.5 Kvalitet	27
6.6 Cream-skimming	28
7. Slutsats	29
7.1 Kundvalsmodellens positiva och negativa effekter i primärvården	29
7.2 Varför uppstår dessa effekter?	29
7.3 Reflektion.....	30
7.4 Fortsatt forskning	31
8. Referenslista	32
9. Bilaga	33
Bilaga 1. Intervjuguide - verksamhetschefer.....	33
Bilaga 2. Intervjuguide - primärvårdschefer.....	35

1. Inledning

Offentliga verksamheter har genom tiderna fått uppleva flera olika styrmodeller inom ekonomistyrning. Valet av ekonomistyrningsmodell styr verksamhetens utformning och olika styrmodeller leder till olika effekter.

Genom att till exempel ändra förutsättningarna för verksamheter, från att ha varit anslagsfinansierade till att tillämpa intäktsfinansiering, läggs fokus på ekonomi i stället för verksamhet (Brorström & Solli 1997, Rombach 1997, Charpentier & Samuelsson 2000, Panifilova 2004, Kastberg 2005, Le Grand 2007, Hallin & Siverbo 2011). Det är framförallt de ekonomiska incitamenten som finns i ersättningssystemet som styr hur verksamheterna ser ut. Olika utformade ersättningssystem inom hälso- och sjukvården har resulterat i olika effekter. En tidigare negativ effekt inom sjukvården som är kopplad till utformningen av ersättningssystem är så kallad "cream-skimming" där vårdenheten väljer de patienter som ger högst ersättning och detta drabbar övriga patienter som prioriteras bort (Arvidsson & Jönsson 1991, Le Grand 1993, Panifilova 2004, Le Grand 2007). Kundvalsmodellen är en relativt ny form av ekonomistyrning som tillämpas inom primärvården idag genom vårdvalet. Modellen bygger på att styra verksamheterna genom ett fastlagt ersättningssystem och därtill har man tillfört ytterligare en variabel - patientens fria val. Kundvalsmodellen är tänkt att fungera som en patientstärkande modell där inget utrymme för effekter så som cream-skimming skall kunna förekomma eftersom patienten genom sitt fria val och bärare av intäkt skapar konkurrens bland verksamheterna (Kastberg 2005, Le Grand 2007). Patienten blir förutsättningen för verksamheternas överlevnad.

Vårdvalet och kundvalsmodellen blev obligatoriskt för landstingen år 2010. Landstingen har själva fått utforma sitt instrument för styrning i form av ersättningssystem. Västra Götalandsregionen har utformat ett eget ersättningssystem där en Krav- och kvalitetsbok gäller för alla vårdaktörer inom regionen. I Krav- och kvalitetsboken finns alla regler och förutsättningar för att en vårdcentral ska tillåtas att starta. I boken beskrivs även förutsättningar för ersättning och det är denna handling som ligger till grund för hela primärvårdens uppdrag (Krav- och kvalitetsbok 2012). Västra Götalandsregionens ersättningssystem tar hänsyn till fler faktorer än vad som tidigare gjorts inom hälso- och sjukvården. Det finns flera tidigare studier om styrmodellens effekter inom hälso- och sjukvården, men få studier om just kundvalsmodellen i form av vårdvalet och dess effekter. Bristen på studier om vårdvalets effekter väckte vårt intresse att studera Västra Götalandsregionens utformade vårdvalsmodell. Tidigare studier om effekter som följer av att lägga ekonomiskt ansvar på offentliga verksamheter genom att göra dem beroende av intäkter visar på vissa brister som att patienterna utsätts för cream-skimming. Frågan blir då om Västra Götalandsregionens kundvalsmodell råder bot på negativa effekter som exempelvis cream-skimming och vilka blir effekterna av kundvalsmodellen?

1.1 Syfte och frågeställning

Tidigare forskning har visat att det finns en brist i studier kring vårdvalet och dess effekter. Således är syftet med studien att bidra till samhället med kunskap om de effekter som uppkommit efter införandet av kundvalsmodellen inom primärvården och förklara varför vissa effekter uppstår. Vi skall analysera hur den nya vårdreformen har påverkat den tidigare offentliga organisationsstrukturen och dess patienter. Följande forskningsfrågor är utgångspunkten för studien:

- Vilka effekter ger kundvalsmodellen upphov till inom den offentliga primärvården?
- Varför uppstår dessa effekter till följd av införandet av kundvalsmodellen?

1.2 Avgränsningar

För att uppfylla studiens syfte inom den utsatta tidsramen är studien avgränsad till att endast undersöka vårdvalets effekter i Västra Götalandsregionen. Ett urval av Göteborgs stads vårdcentraler kommer att studeras. Ytterligare en avgränsning är att utifrån tidsramen avgränsa studien till ett verksamhetsperspektiv samt hur verksamhetens patienter ur det perspektivet berörs av kundvalsmodellens effekter. Då studiens syfte är att studera hur den offentliga delen av primärvården påverkats av konkurrensutsättning kommer endast vårdcentraler under offentlig regi att studeras.

2. Bakgrund

I detta kapitel ges en kortfattad redogörelse för hur bakgrunden till kundvalsmodellen ser ut. Kapitlet börjar med ett historiskt perspektiv på den offentliga vården i Sverige. Argument för och emot offentligt utförande av välfärdstjänster kommer att beskrivas samt vårdens politiska resa mellan offentligt och privat som slutligen resulterat i införandet av kundvalsmodellen inom primärvården.

2.1 Historien bakom den svenska vården

Utmaningen med ökade kostnader inom den svenska sjukvården har genererat lösningar så som introduceringen av privata aktörer som alternativ till den offentliga vården. Det har länge varit en ideologisk diskussion hur vården skall vara utformad i Sverige. Historiskt sett har Sverige redan haft en lång tradition av privata vårdgivare i primärvården. Fram till 1970-talet hade Sveriges sjukhusläkare stor andel av den öppna vården i egen regi på sjukhusen. Det riktades kritik mot sjukhusens dominans och att den öppna vården var så begränsad utanför sjukhusens väggar redan på slutet av 1940-talet. Socialdemokraterna genomförde vid 1970-talet drastiska förändringar och förutsättningarna för svensk vård ändrades. Målsättningen var att göra sjukvården till en offentlig angelägenhet. Systemet ändrades från privat till offentligt med målsättningen att bygga ut den öppna vården med offentliga vårdcentraler utanför sjukhusens väggar (Anell 2011:207f). Efter många år med offentlig dominans inom välfärdstjänsterna skedde ytterligare en förändring, denna gång med start på 1980-talet. Kritik riktades då mot att offentliga verksamheter var ineffektiva och kostnadskrävande och tron på privata aktörers effektivitet var stor. Det resulterade i en marknadsorientering inom offentlig sektor som fått namnet New Public Management (Almqvist 2006). Denna utveckling har under åren återigen ökat andelen privata alternativ i offentlig sektor och vården, från en tidigare offentlig dominans. Ett tydligt och klart exempel på det är att vårdvalssystemet numer är obligatoriskt för landstingen (Anell 2011:207f).

På 1990-talet argumenterade förespråkare för privat vård att privata aktörer är bättre på kostnadskontroll och produktivitet. Argumenten för att tillåta privata aktörer träda in som alternativ till offentliga aktörer handlar idag mer om deras förväntade innovationsförmåga och bättre service. Argumenten mot detta har varit desamma genom tiderna och handlar om konflikten mellan vinstdrivande vård och målet att kunna tillhandahålla en rättvis och lika vård för alla (Anell 2011:181f). Under den ideologiska debatten på 1990-talet blev de olika partiernas inställning tydlig, turerna kring den så kallade stopplagen är ett exempel på detta. När de borgerliga var vid regeringsmakten på 1990-talet gavs möjligheten till försäljning av akutsjukhus till privata aktörer. Den möjligheten stoppades senare av socialdemokraterna vid nästa val med införandet av en stopplag som förbjöd försäljning av sjukhus till privata aktörer (Anell 2011:190f). Den borgerliga regeringen införde fri etableringsrätt för privata specialister och primärvårdsläkare på 1990-talet. Ersättningssystemen för dessa aktörer var fördelaktiga, specialister fick ersättning per behandling och primärvårdsläkare fick en blandning mellan ersättning per behandling och så kallad kapitering (ersättning per

patient som är listad hos läkaren). Den fördelaktiga ersättningen ledde till stor ökning av privatpraktiserande läkare vilket var syftet, dock med förhoppningen om att systemet genom detta skulle bli mer kostnadseffektivt. Effekterna av beslutet ledde dock inte till önskat utfall, det hade istället blivit en markant kostnadsökning som kunde härledas till de stimulerande ersättningssystemen. Forskning och utvärderingar visade dessutom att varken högre effektivitet eller kvalitet i vårdproduktionen hade framkommit. Socialdemokraterna tog därför bort den fria etableringsrätten för specialister och primärvårdsläkare när de kom till makten och ersättningsreglerna ändrades (Blomqvist 2005:179f).

Formen som antogs för att introducera privata aktörer i vården på 1990-talet skedde genom entreprenad med hjälp av upphandling, detta mot bakgrunden att förbättra kostnadskontrollen och produktiviteten. Kritiken som riktades mot upphandlingsförfarandet menade att fokus låg på priskonkurrens på bekostnad av kvalitet. Det togs upp i utredningar att formen även gav en inlåsnings effekt för brukarna och främjade stora aktörer vilket hämmade mångfald. Kritiken ledde till intresset för kundval som konkurrensform (Anell 2011:195).

Den 25 februari år 2009 antogs proposition 2008/09:74 - Vårdval i primärvården. I denna fastslogs att vårdvalet skulle vara infört senast 1 januari år 2010 av regioner och landsting. Införandet innebar att alla vårdgivare som uppfyllde landstingens krav hade rätt att etablera sig och få offentlig ersättning.

Ersättningssystemet har ändrats sedan senaste försöket med fri etablering av primärvårdsläkare och specialister på 1990-talet, de privata och offentliga vårdcentralerna har rätt till samma ersättning och verkar under lika förutsättningar. Vårdcentralerna verkar nu under konkurrensförhållande. Offentliga vårdcentraler ställs inför hotet om nedläggning efter införandet av vårdvalet, det gäller att attrahera "kunder" och behålla dem för att generera intäkter till verksamheten. Tidigare fick de offentliga vårdcentralerna sina resurser tilldelade efter landstingens budget genom anslagsfinansiering, nu måste de själva skapa intäkter genom att attrahera kunder. Konkurrensen är enligt Le Grand (2007) grundidén med kundvalsmodellen då viljan att överleva på marknaden skall leda till effektivare utnyttjande av resurser och ökad kvalitet.

2.2 Västra Götalandregionens ersättningssystem

Ersättningssystemet som gäller för vårdcentralerna i Västra Götalandsregionen finns beskrivet i Krav- och kvalitetsboken som ger alla förutsättningarna för att bedriva vård i regionen.

Ersättningssystemet är utformat enligt följande:

1. Primärvårdspengen, vilken följer invånarens val av vårdenhet och baseras på antalet vårdvals-poäng. Poängen beräknas utifrån ålder och kön respektive vårdtyngd
2. Målrelaterad ersättning för vårdenhetens täckningsgrad och uppfyllelse av angivna kvalitetsindikatorer
3. Särskild ersättning för vårdenhetens geografiska och socioekonomiska förutsättningar
4. Särskild ersättning när tolk har anlits

5. Ersättning för eventuella särskilda uppdrag

(Hämtat från Västra Götalandregionens Krav- och Kvalitetsbok 2012:38)

2.2.1 Primärvårdspengen/kapitering

Primärvårdspengen är 85 procent av den totala ersättningen och följer patientens val av vårdcentral. Ersättningen baseras på 50 procent ålder och kön och 50 procent vårdtyngd i form av diagnoser registrerade från Adjusted Clinical Groups (ACG) (Krav- och Kvalitetsbok 2012:39). ACG systemet skall spegla patientens behov av vård med avseende på vårdtyngd. Det är ett datasystem som grupperar patienters diagnoser utifrån bland annat svårighetsgrad och ger väntad resursåtgång per patient utifrån informationen (Olofsson m.fl 2010:116f).

2.2.2 Målbaserad ersättning

Den målbaserade ersättningen består av två delar, ersättning för täckningsgrad respektive kvalitetsindikatorer. Ersättning för täckningsgrad innebär att vårdcentralerna får ersättning baserad på var patienten gör sina primärvårdsbesök. Ersättningen ökar om patienten gör sina besök på den vårdenhet som patienten valt (Krav- och kvalitetsbok 2012:40). Ersättning för kvalitetsindikatorer innebär vårdcentralernas arbete belönas efter hur väl de uppnått vissa uppställda kvalitetsindikatorer. Det finns för närvarande 40 stycken indikatorer som kan ge maximalt 35 poäng (Ibid).

2.2.3 Ersättning för geografiska och socioekonomiska förutsättningar

Ersättning som utgår från socioekonomiska förutsättningar är beräknat enligt Care Need Index (CNI). Detta innebär att ersättning utgår utifrån följande variabler med poäng:

- Andelen ensamboende äldre (äldre än 64 år). 6,15p
- Andelen arbetslösa (18-64 år). 5,13p
- Andelen födda utomlands (utanför västvärlden) 5,72p
- Andelen ensamstående föräldrar (Barn 0-15 år) 4,19p
- Andelen lågutbildad arbetskraft 3,97p
- Andelen barn under 5 år 3,23p
- Andelen flyttningar senaste året 4,19p

Ersättningen grundas på antalet poäng där variabler med högre poäng ger mer ersättning.

Ersättning utifrån geografiskt läge värderas utifrån följande faktorer: Avstånd till närmaste sjukhus med medicinsk akutmottagning, avstånd till närmaste större ort, befolkningstäthet i den kommun där vårdcentralen ligger samt om vårdcentralen är belägen på en ö (Krav- och kvalitetsbok 2012:42).

3. Referensram

I detta kapitel redogörs för tidigare studier som gjorts inom området ekonomistyrning inom offentlig sektor. Tyngdpunkten ligger på studier som fokuserar på effekter av ändrade ekonomiska förhållanden som ett medel att styra verksamheter. Kapitlet bygger på sex kategorier av effekter som identifierats från tidigare studier.

3.1 Anpassningar och förändringar av verksamheten

Misslyckande i verksamheter i form av ineffektivitet är förenat med stora kostnader inom de modeller som levererar välfärdstjänster inklusive kundvalsmodellen. Kundvalsmodellen har dock en styrka gentemot andra modeller för välfärdstjänster, nämligen att i modeller där fria val inte är inkluderat skymms kvalitetsmisslyckande. När valmöjlighet saknas måste befolkningen ändå gå till den aktuella verksamheten oavsett hur missnöjda de må vara, det blir ingen minskning i efterfrågan utan bara en ökning av klagomål. I kundvalsmodellen är konsekvenserna av att misslyckas med kvalitet, om bristerna uppmärksammas av befolkningen, att den aktuella vårdcentralen inte väljs och därmed måste arbeta aktivt med att förbättra sig snabbt eller avvecklas (Le Grand 112f).

Eftersom varje patient innebär en viss bestämd ersättning till vårdcentralerna kan det verka som ett incitament för vårdenheterna att anpassa sig efter patienternas intressen. Har man exempelvis många äldre kanske man väljer att satsa lite extra på dessa patienter genom att ta in en geriatriker. Det är viktigt att behålla de patienter man har och göra dem nöjda för att få dem att stanna. Patienterna är en viktig del för vårdcentralernas överlevnad (Olofsson m.fl. 2010:151). Med kundvalsmodellen är offentliga verksamheter inte längre "odödliga". Det blir en viktig förutsättning för att kunna fortsätta bedriva sin verksamhet att brukarna är nöjda och därmed skapas nya förändrade verksamheter (Rombach 1997:178ff). Verksamheterna blir ofta mer flexibla för att kunna möta kraven från befolkningen. I Brorström och Sollis (1997:10f) studie om skiftet från anslagsfinansierad barnomsorg till intäktsfinansierad barnomsorg visar de på flertalet effekter. De tar upp att områdescheferna med personal genom förändringen fått ta ställning till vilken verksamhet som skulle bedrivas och därefter fått formulera en strategi tillsammans för att nå målet med verksamheten. Det framgick också att personalen behövde vara mer flexibla i sitt arbetssätt än tidigare (Ibid).

Kastberg visar (2005:116f) att införandet av vårdvalsmodellen ger vårdenheter incitament att ta emot fler patienter. I en studie om en vårdenhet visar Kastberg att kundvalsmodellen ledde till att barnmorskorna på enheten aktivt började arbeta med att öka antalet inskrivna patienter och besök relaterade till preventivmedel. Vissa enheter hade startat en drop-in mottagning för utskrivning och rådgivning kring preventivmedel eftersom detta ökade antalet patienter som var lönsamma och på så sätt fick enheten intäkter som översteg dess kostnader (Ibid).

3.2 Administration

Kundvalsmodellen innebär höga krav på verksamheterna att redovisa kvalitet. Förhoppningen med modellen är nämligen att öka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna (Le Grand 2007). Det ökade kravet på att redovisa kvalitet på vårdenheter i Västra Götaland sätter också nya krav på administration.

Genom införande av så kallad prestationsfinansiering (betalt per besök, behandling, operation etcetera) på sjukhus har studier visat att transaktionskostnaderna ökade och att det ställde nya krav på system där man kunde registrera allt som krävdes för att få ut ersättning (Hallin och Siverbo 2011:174). Tidigare erfarenheter visar att införandet av mer marknadslika system som kundvalsmodellen ökar kostnaderna för administration men att det också ger bättre möjligheter att styra (Hallin och Siverbo 2011:177). Kastberg (2005:116f) visar att det ökade kravet på registrering ökar stressen för verksamheterna. Detta eftersom registreringen av prestationer visade hur både enskilda i personalen presterat och enheten i helhet. Kastberg (Ibid) visar att där vårdenheter ersattes per prestation tävlade personalen med sig själva och andra om hur många besök de hade per månad. Många upplevde det som stressande att statistik visade hur den enskilde presterat. Prestationsfinansieringen ledde till att fokus låg på ekonomin och hur många patienter man klarade av på en dag. Det krävdes att varje patient registerades och bockades av med en så kallad "pinne" för att ersättning skulle falla ut (Ibid). Olofsson m.fl. (2010:163) menar att det ökade kravet på att registrera data tar tid från patienten samtidigt så är det en viktig del för att följa upp verksamheterna och kunna ge enheterna ersättning på rätt grunder.

3.3 Ekonomisk medvetenhet och konkurrens

När offentliga organisationer väljer att gå över till mer marknadsorienterade styr - och organisationsformer har det visats att det ekonomiska medvetandet ökat i organisationerna. Kastberg (2005:116f) visar att genom införandet av intäktsfinansiering i olika verksamhetsområden inom kommuner ökar det ekonomiska medvetandet bland personal och ansvariga i verksamheten. Relationen mellan intäkter och kostnader blir tydligare jämfört med om man får en fast summa att arbeta efter. En effekt av intäktsfinansieringen är att aktiviteter som inte ger några intäkter ifrågasätts (Ibid).

Rombach (1997:180) visar i sin studie om en kommun där intäktsfinansiering blivit aktuellt i bland annat skolverksamheter att verksamheterna börjat använda ett nytt språk som en effekt av den nya styrmodellen. Tidigare pratade man i verksamhetstermer men efter införandet pratade man istället ekonomi. Det ekonomiska språket hade tagit över och argument som rörde verksamheten var tvungna att bygga på ekonomiska grunder (Ibid). Det har även genomförts utvärderingar vid Stockholms universitet om konkurrensutsättningens effekter inom äldreboenden (Panifilova 2004:20). Resultaten av utvärderingarna visade att konkurrensutsättningen tvingade äldreboenden att effektivisera sin resursanvändning för att kunna konkurrera med de andra äldreboenden. De äldreboenden som inte konkurrensutsattes kände inte samma

ekonomiska incitament att förbättra sin resursanvändning vilket resulterade i att de endast lyckades göra hälften så mycket besparingar som de konkurrensutsatta äldreboendena. Själva konkurrensutsättningen resulterade alltså i högre kostnadseffektivitet i verksamheterna (Ibid).

I Charpentier och Samuelssons studie (2000:55) om Stockholmsmodellens införande för Stockholms akutsjukhus i början av 1990-talet visades det att när verksamheterna gick från anslagsfinansierad till prestationsfinansierad modell förde det med sig ett antal effekter. Bland de tydligaste var att en ekonomisk medvetenhet skapades hos personalen på sjukhusen och framförallt bland personal på högre tjänstenivå. Ett exempel på den ekonomiska medvetenhet som rådde bland personalen var att klinikerna hade god kunskap om vilka patienter som gav de största intäkterna och de patienter som var mindre lönsamma. Även Hallin och Siverbo (2011:166f) visar att Stockholmsmodellen förde med sig ett kostnadstänk bland de anställda och fokus på produktion då verksamheterna var prestationsfinansierade. Det som bidrog till denna förändring var också att klinikerna kunde se sitt egna resultat och de kunde jämföra sig med varandra, det blev ett incitament till att få så bra resultat som möjligt (Ibid).

I Brorström och Sollis (1997:13) studie om förändringen för barnomsorg som gått från anslagsfinansiering till intäktsfinansiering visade sig också den tydliga effekten ekonomisk medvetenhet bland de som arbetade i verksamheten. Områdescheferna i studien pratade om att systemet gett mer fokus på ekonomin och att de blivit mer ekonomiskt medvetna. Brorström och Solli (1997:14) visar även att produktiviteten hade ökat bland verksamheterna i den meningen att det togs emot fler barn på mindre antal personal och lokaler. Barnen fick plats fortare än förut. Negativa effekter som nämns i studien är att verksamheterna är beroende av efterfrågan. Det skapar en stress för vad som skall hända om barnunderlagert sviktar (Ibid).

3.4 Valfrihet

En direkt effekt vid införandet av vårdvalsmodellen är att patienten själv får välja sin vårdproducent.

Anell (2011:182) har dock funnit att det råder ojämlikhet mellan vårdproducenter, finansiärer och brukare gällande tillgång på information. Vårdproducenterna har kunskap om sin verksamhet och de effekter som olika behandlingar har på patienter. Kunskapsövertaget skapar en möjlighet till opportunistisk beteende där vårdgivarna på bekostnad av patientens mål om kvalitet och finansiärens mål om kostnadskontroll försöker maximera sin egen vinst (Ibid). Studier hur väl befolkningen har utnyttjat sin valmöjlighet har gjorts i bland annat Västra Götalandsregionen där 60 procent av befolkningen ansåg att de gjort ett eget val av vårdcentral. Det som ändå konstateras är att det inte handlar om några välinformerade val, den viktigaste informationskällan är den vårdcentral man känner till sen förut och tips från sitt sociala nätverk (Anell 2011:206). Le Grand (1993:95) menar att intresset och förmågan att göra ett aktivt val skiljer sig i befolkningen utifrån bland annat ålder, socioekonomiska faktorer och hälsotillstånd.

En amerikansk studie visar att det finns en obenägenhet bland personer över 65 år att byta läkare i primärvården, skälen till bytet var att man tvingats till det till exempel för att läkaren avvecklat sin

mottagning (Anell 2011:207). Olofsson m.fl. (2010:177) menar att erfarenheter visar att patienter väldigt sällan bytar vårdgivare även om patientens läkare eller patienten själv flyttar till ett annat område. I konkurrensverkets rapport tas listningsproceduren upp som ett problem i vårdvalsmodellen. Alla invånare är i den initiala fördelningen redan listade på en vårdcentral och det har visat sig få stor betydelse för de nya vårdcentraler som vill etablera sig inom ett landsting. Då det är bevisat att väldigt få patienter gör aktiva val vid val av vårdcentral innebär det att den automatiska placeringen (närmsta geografiska läge) blir avgörande för hur många listade patienter en vårdcentral kommer att ha och därmed hur lönsam enheten blir (Ibid).

Anell (2011:207) menar att passiva patienter kan ses som en utmaning för vårdvalet eftersom villkoren för att konkurrens mellan vårdcentralerna skall fungera är att:

- Det finns ett intresse att välja
- Välinformerade val
- Minst 2 alternativ att välja mellan

3.5 Kvalitet

Hallin och Siverbo (2011:167f) menar att kvalitet är ett väldebatterat ämne inom vårdvalet. När vårdvalsmodellen infördes var man rädd att kvaliteten skulle sättas på spel av den marknadslika strukturen. Farhågorna låg i att det var svårt att hitta ett sätt att mäta kvaliteten inom hälso- och sjukvård då varje patient var olik den andra. Därför började man med att öka kvalitetssäkringsarbetet i verksamheterna för att kunna mäta och säkra kvaliteten efter att bland annat prestationsfinansieringen införts på vissa verksamheter (Ibid). En studie om primärvård visade att största delen av de avtal som tecknades innehöll mer eller mindre omfattande kvalitetssäkringklausuler. Det som tidigare togs för givet behövdes säkras och därmed gavs kvalitetsfrågorna en mer central plats, något som man kan se i form av kvalitetsbokslut. I Stockholmsmodellen tillsattes en kvalitetsdelegation och ett kvalitetscenter skapades i de enheter som berördes av förändringen (Ibid).

I Charpentiers och Samuelssons (2000:59) studie om Stockholmsmodellen visade det sig att konkurrensen från andra kliniker ökade kvalitetstänkandet bland vårdcentralerna. Målet blev att ha så nöjda patienter som möjligt (Ibid). Klinikerna hade bland annat ökat tillgängligheten genom att erbjuda generösare öppettider och förbättrad telefonväxel. Även personalen fick en viktig roll, de blev medvetandegjorda på hur de skulle uppträda och bemöta patienter på bästa sätt (Charpentier och Samuelsson 2000:61).

Anell (2011:196) visar att de nya vårdcentraler som öppnat upp sedan införandet av vårdvalet, även bland de landsting som införde vårdvalssystemet innan 2010, har valt att etablera sig i befolkningstäta områden. Något som kan ses som en strategi från vårdcentralernas sida då det finns en stor efterfrågan av vård som ligger centralt och nära. I större städer som Stockholm, Göteborg och Malmö kan man se att över hälften av

etableringen har skett i centrum (Ibid).

3.6 Cream-skimming

Patienter från socialt belastade miljöer betraktas som mer resurskrävande och dessa riskeras att “väljas bort” av privata vårdgivare som måste kämpa för sin ekonomiska överlevnad (Panifilova 2004:105). Det är en stor problematik då kundvalsmodellen förlorar sitt syfte om det är att “patienter väljs”, istället för att “patienterna väljer”. Le Grand (1993:92) menar att tidigare forskning har visat att vårdgivare selekterar patienter genom att utestänga patienter med stort vårdbehov för att istället ta emot patienter med lindrigare åkommor för att öka verksamhetens lönsamhet. Denna så kallade cream-skimming nämner även Panifilova (2004:105), hennes studie visade att många vårdcentraler som hade socialt tunga upptagningsområden eller som låg i glesbygden missgynnades av den nya vårdvalsmodellen.

I ett kundvalssystem tar man upp cream-skimming som den värsta tänkbara effekten. Eftersom kundvalsmodellen bygger på ett ersättningssystem till aktörerna är det också utformningen av ersättningssystemet som styr eventuella sådana effekter. Cream-skimming handlar om att verksamheter prioriterar de patienter som ger den högsta intäkten mot de som innebär en risk och kostar mer. Le Grand (2007:120) menar att favoriseringen av patienter kan slå mot fattiga och äldre som oftast ses som en grupp som har högre risk för dålig hälsa. Le Grand (2007:121) och Arvidsson och Jönsson (1991:26f) pekar på konsekvensen av att ha ett ersättningssystem med fast pris med ersättning per behandling eller enbart kapitering där en fast peng följer patienten. I USA visade sig detta genom att sjukhus försökte få till sig patienter med åkommor där behandlingskostnaden understeg ersättningen och “dumpa” patienter med åkommor som kostade mer än ersättningen som gavs (Le Grand 2007:121). Le Grand (2007:124f) menar att det finns andra mindre uppenbara sätt för cream-skimming att visa sig, till exempel kan aktörerna välja att etablera sig i områden där befolkningen har det gott ställt och därmed anses ha lägre risk för ohälsa och välja bort socioekonomiskt tunga områden. Det finns olika sätt att komma tillrätta med problemet genom att justera i ersättningssystemet, bland annat kan man införa en tröskel för när en patients behandlingskostnader överstiger den normala ersättningen, då skall verksamheten få extra resurser (Ibid). Le Grand (2007:124f) och Arvidsson och Jönsson (1991:26f) tar upp alternativet att risk-justera ersättningssystemet genom att högrisk- och vårdtunga patienter förenas med en högre ersättningsgrad och även justera för socioekonomiska faktorer.

4. Tillvägagångssätt

I detta kapitel redogörs för studiens tillvägagångssätt samt en motivering av urval, genomförande och metod för analys av materialet. Därefter avslutas kapitlet med de etiska principer som studien har tagit hänsyn till och studiens generaliserbarhet.

4.1 Val av metod

För att kunna svara på studiens forskningsfråga började vi inledningsvis med att läsa igenom tidigare studier som berört vilka effekter som kan uppkomma inom hälso- och sjukvården till följd av ändrad styrmodell. Vi har fokuserat på studier som berör hur offentliga verksamheter har påverkats av att utsättas för en mer marknadslig struktur och hur de har påverkats av ändrade ersättningsformer eftersom det är det som är relevant för studiens forskningsområde. Genom att vi utförde en grundlig litteraturgenomgång kunde vi utforma en referensram som senare har fungerat som ett verktyg för att hantera datainsamlingen och analysen.

Studiens syfte var att studera de effekter som uppkommer vid införandet av kundvalsmodellen inom primärvården och därför valde vi att samla in våra data genom personliga intervjuer. Ekengren och Hinnfors (2006:72f) pekar på vikten av att utgå från sitt forskningsproblem vid val av metod. De menar att metoden är redskapet för att kunna svara på den uppställda frågan (Ibid). Intresset låg i att studera hur människorna i verksamheterna upplevde förändringen av vårdvalets införande och därmed var intervjuer det lämpligaste tillvägagångssättet för att kunna svara på studiens forskningsfrågor. Målet var att få så fyllig och riklig information som möjligt för att kunna kartlägga och förklara effekter av vårdvalet. Alternativet till intervjuer hade varit att genomföra en enkätstudie. Enkäter hade kunnat ge oss ett mer omfattande material eftersom man kan samla in stora mängder data på relativt kort tid. Genom enkäter hade vi dock gått miste om möjligheten att kunna utveckla våra frågor vid behov och även möjligheten att ställa följdfrågor. Stukát (2005:39) menar att hur ett svar ges i en intervju till exempel genom kroppsspråk och tonfall kan ge ytterligare information som ett skriftligt svar inte kan ge. Genom att vi genomförde intervjuer gav det oss möjligheten att diskutera respondenternas svar och även utveckla resonemang som annars hade gått om intet.

4.2 Urval

Det som var relevant för studien som fokuserar på effekter av vårdvalets införande ur ett verksamhetsperspektiv var att välja ut respondenter som arbetade i en ledande position på vårdcentralerna och som hade ett ekonomiskt och organisatoriskt ansvar. Val av respondenter föll sig därför naturligt på fyra vårdcentraler inom Göteborg och två primärvårdschefer som arbetade på en mer övergripande nivå. Att göra den här typen av urval kallas enligt Bryman (2008:392) för målbaserat urval. Det Bryman (Ibid) menar

med målbaserat urval är att frågeställningen styr urvalet av personer som skall intervjuas. Vi har alltså valt ut intervjupersoner som vi anser har kunskap nog för att svara på våra frågor angående hur verksamheten har påverkats av de ändrade förutsättningar som vårdvalet inneburit.

Vårt syfte och våra frågeställningar utgår ifrån hur vårdvalet har påverkat primärvården i Västra Götaland. Eftersom landstingen i Sverige får göra lokala justeringar av tillämpningen av vårdvalsmodellen skiljer sig vårdvalets förutsättningar åt mellan landstingen i Sverige. Inom den tidsram som gällde gavs ingen rimlig möjlighet att undersöka alla landsting. Vi valde att fokusera oss på Göteborg som ligger i Västra Götalandsregionen. Göteborg erbjuder ett spektra av olika förutsättningar för primärvården med dess olika områden inom kommunen. Vi tror att valet att intervju verksamhetschefer inom Göteborg tillsammans med primärvårdschefer inom regionen kan ge en god bild av de effekter som uppstått efter införandet av vårdvalet i regionen.

Respondenterna som vi slumpmässigt valde ut för intervju bestod av verksamhetschefer från fyra offentliga vårdcentraler i Göteborg och två primärvårdschefer. Vi valde att börja med denna begränsning främst för att tiden var knapp, men vi var öppna för att se om vi behövde ytterligare intervjuer senare. Det visade sig att fler intervjuer inte skulle behövas då vi såg att samma resonemang och tankar kom upp från samtliga respondenter, därför tog vi beslutet att ytterligare intervjuer inte skulle tillföra någon ny information. För att få fram lämpliga intervjupersoner till studien började vi med att gå in på Västra Götalandsregionens hemsida (www.vgregion.se) för att söka efter alla offentliga vårdcentraler inom Göteborg. Väl där fann vi information om att det fanns totalt 28 offentliga vårdcentraler med tillhörande verksamhetschefer och totalt 10 primärvårdschefer inom regionen. Vi skrev därefter upp samtliga 28 vårdcentraler i Göteborg på lappar. Vi blandade dessa lappar och drog sedan fyra stycken vårdcentraler vars verksamhetschefer vi kontaktade via telefon. Vi genomförde samma procedur för valet av de två primärvårdscheferna i regionen. Vi fick positiva svar från alla av våra utvalda respondenter och bestämde tid för intervjuer.

4.3 Intervjuer

Vi valde att använda oss av semistrukturerat upplägg för våra intervjuer. Enligt Bryman (2008:415) ger det respondenten tillräckligt med utrymme att själv ta upp de åsikter som hon tycker är viktigt i sammanhanget, samtidigt som vi som intervjuare har kontroll nog att styra intervjun åt det håll som vi anser är relevant för vår studie. Stukát (2005:39) menar att det semistrukturerade upplägget ger intervjuaren möjlighet att följa upp svar med följdfrågor, gå in på motiv eller känslor som är förknippade med svaren som inte är möjligt när man väljer att samla in data via enkäter eller väljer det strukturerade upplägget på en intervju. Det semistrukturerade upplägget passade oss bäst eftersom vi ville att respondenterna skulle reflektera över vad förändringen efter vårdvalet inneburit för dem. Detta krävde formen av ett samtal där vi fritt kunde gå utanför vår intervjuguide (se bilaga 1) om det behövdes och följa upp intressanta resonemang. Vi upplevde valet av semistrukturerade intervjuer som positivt. Det rädde en god och avslappnad stämning mellan

respondenterna och oss. Vi upplevde att respondenterna kände sig trygga och kunde prata fritt. I många fall behövde vi inte ställa alla frågor i intervjuguiden då respondenterna redan i sina utförliga svar berört många av frågorna i guiden.

Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser vilket var efter deras eget förslag. Dock var det en respondent som på grund av tidsbrist inte kunde ställa upp på en besöksintervju utan ville ha telefonintervju. Telefonintervjun spelades in precis som alla de andra intervjuerna och följde samma struktur som vid besöksintervjuerna i form av ett öppet och avslappnat samtal med intervjuguiden som mall. Under intervjuerna hade en av oss ansvaret för att ställa intervjufrågorna och den andre lyssnade och inflikade med följdfrågor vid behov. Att vi genomförde intervjuerna på deras arbetsplatser gav en trygg miljö för respondenterna och därmed en bra grund för att föra ett samtal, det var även av värde för oss att få se deras arbetsplatser där deras vardag utspelar sig. Vi valde att skicka ut ett förberedande material där vi presenterade oss och vår uppsats lite mer. Där informerade vi om de övergripande teman som vi skulle beröra i intervjun.

Respondenterna fick information om att vi skulle beröra följande områden:

- Deras bakgrund
- Förutsättningar för att leda
- Eventuella förändringar i verksamheten
- Tankar kring ekonomi och kvalitet
- Strategier för att nå en fungerande verksamhet
- Förhållandet till personal och patient
- Tankar och reflektioner kring vårdvalet

Vi utformade en intervjuguide med olika teman och tillhörande frågor för att vi inte skulle glömma att ta upp något som var väsentligt. Bryman (2008:419) menar att en intervjuguide är ett bra hjälpmedel vid semistrukturerade intervjuer. Vi använde guiden som ett stöd mer än som ett strikt frågeschema då vi hellre ville ha ett samtal med våra respondenter där vi kunde be dem utveckla sina resonemang och därmed leda in oss på nya relevanta frågor. Vår intervjuguide var annorlunda utformad beroende på om vi intervjuade verksamhetscheferna eller primärvårdscheferna på grund av deras olika positioner samt ansvarsområden.

4.4 Transkribering

Vi valde att dokumentera intervjuerna genom datorinspelning med Quicktime Player som inspelningsprogram. Det var viktigt för oss att vara uppmärksamma och odistrerade under intervjun för att kunna följa upp intressanta synpunkter, ställa följdfrågor och kommentera det som berättades. Att

transkribera intervjuerna genom inspelning kändes därför som ett naturligt val för att kunna koncentrera oss på intervjuerna och släppa kravet på att anteckna allt som sades. Bryman (2008:428ff) menar att genom att transkribera intervjuer kan man kontrollera materialet flera gånger och detta underlättar sedan en djup och noggrann analys. Genom att människors minne har naturliga begränsningar kändes det mycket positivt att intervjuerna hade transkriberats. Vi fick möjligheten att gå igenom materialet grundligt och bearbeta det flera gånger inför analysen.

Det finns både för- och nackdelar med att spela in intervjuer. Trost (2010:74f) pekar på fördelarna med att genom att ha allting inspelat kan man gå tillbaka och åter höra vad som sagts ordagrant men också på tonfall och intressanta ordval, detta kan man dessutom göra obegränsat antal gånger om det skulle behövas. Att åter lyssna på intervjuerna ger viktig kunskap till nästa gång eftersom man lär sig av sina misstag när man hör sig själv intervjuas. Trost (ibid) tar även upp det positiva med att slippa anteckna hela intervjun och att det ger möjligheten för intervjuaren att fokusera på frågorna och svaren. Bryman (2008:429) menar att inspelningen kan hämma respondenterna genom att det skapar en osäkerhet vilket kan påverka svaren. Genom att respondenterna anonymiserades upplevde vi att de inte hämmades av inspelningsutrustningen och situationen.

4.5 Genomförande

Genom telefonsamtal till samtliga respondenter bestämdes tid för intervjutider. Intervjuerna genomfördes mellan 11 - 23 april år 2012. Vi var båda närvarande under alla intervjuerna. Platsen för intervjuerna var på respondenternas kontor på arbetsplatsen förutom när vi genomförde telefonintervjun. Vi informerade respondenterna om att vi behövde ca 30 min till förfogande för att kunna genomföra intervjun. Tiden för samtliga intervjuer gick över den tiden och hamnade på mellan 45 - 60 min per respondent.

4.6 Analys av materialet

Bryman (2008:429) menar att transkriberade material ofta är väldigt omfattande och ostrukturerade, följaktligen är det svårt att sätta igång att analysera utan att först strukturera materialet. För att kunna analysera materialet började vi med att strukturera det transkriberade materialet under kategorier som vi tagit fram med hjälp av vår referensram. Vi identifierade sedan om det fanns liknande resonemang mellan respondenterna och även det som skiljde sig åt i upplevelser och varför. Vi har med hjälp av vår referensram senare i uppsatsen kartlagt effekter och förklarat varför dessa effekter har uppstått.

4.7 Etiska principer

Vid utformandet av intervjufrågor och vid kontakten med våra respondenter rättade vi oss efter Brymans (2008:131f) uppställda etiska principer som gäller för svensk forskning.

- *Informationskravet* - Respondenterna informerades i vår första kontakt med dem om vad studien skulle handla om och fick välja om de kunde tänka sig att ställa upp. Vi skickade sedan ut ytterligare information till respondenterna via e-post med presentation av oss, beskrivning om vårt syfte med studien och förberedande material inför intervjun.
- *Samtyckeskravet* - Respondenternas deltagande var frivilligt. Vi har innan intervjuerna framfört att vi är intresserade av just deras tankar kring vårdvalet och vad det inneburit för dem som personer, det har inte funnits något rätt eller fel.
- *Konfidentialitetskravet* - Respondenterna fick veta innan intervjuerna att de skulle vara anonyma såväl som deras arbetsplats.
- *Nyttjandekravet* - Vi gjorde omedelbart klart för respondenterna att det insamlade materialet enbart skulle användas i den färdiga uppsatsen.

4.8 Generaliserbarhet

Eftersom studien endast är genomförd bland verksamhetschefer i Göteborgs kommun och med två primärvårdschefer inom Västra Götalandsregionen anser vi att generaliserbarheten för visade effekter inte är så hög. Vi vet att landstingen runtom i landet utformar sina egna förutsättningar för vårdvalet och ersättningssystemen skiljer sig åt. Detta faktum gör att vi tror att undersökningens resultat hade sett annorlunda ut om vi dessutom inkluderat exempelvis Stockholm och Malmö med sina skilda ersättningssystem i studien. Vi anser dock att vår studie har något att säga om Göteborgs kommun och Västra Götalandregionens visade effekter av vårdvalet. Verksamhetscheferna och primärvårdscheferna uttryckte i mångt och mycket samma resonemang vilket vi tror visar på att studiens resultat kan gälla Västra Götalands utformade modell för vårdvalet.

5. Empiri

Det empiriska materialet består av sex stycken intervjuer gjorda med fyra verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler inom Göteborg och två primärvårdschefer. Materialet redovisas varje respondent för sig. Kapitlet börjar med en redovisning av materialet som gäller vårdcentralscheferna och dessa benämns V1, V2, V3 och V4. Därefter följer redovisning av materialet från primärvårdscheferna som benämns P1 och P2.

5.1 Intervju med vårdcentralscchef 1 - V1

V1 är verksamhetschef över en vårdcentral som ligger i centrala Göteborg. Vårdcentralen har BVC och MVC i samma byggnad. Vårdcentralen har som strategi att ha både BVC och MVC på ett och samma ställe för att fånga patienterna i tidig ålder. V1 har drygt 13 års erfarenhet som verksamhetschef på olika vårdcentraler och har alltså varit med långt innan införandet av vårdvalsmodellen.

V1 beskriver att efter vårdvalet har antalet listade patienter sjunkit till följd av införandet. Då vårdcentralen innan vårdvalet varit hårt belastad av patienter anser V1 att uppdraget blivit mer hanterbart när antalet listade minskade. Genom att ha färre patienter än tidigare har de kunnat hantera patienterna bättre med de resurser som de har. Det ekonomiska tänket har gjort att V1 måste tänka på nya faktorer i verksamheten. Till exempel så har vårdcentralen många unga patienter som gärna uppsöker jourmottagning när vårdcentralen är stängd. V1 uttrycker vikten i att informera om att de har en egen jour som är öppen om kvällarna. Om patienten går till "fel" jourmottagning, det vill säga där hon inte är listad, blir det en ekonomisk förlust för vårdcentralen.

“Går du och söker på en privat jour på kvällen så får ju vi betala 500 kr. Där är det en nackdel att ha mycket unga personer tror jag för gamla går ju inte så mycket på de olika jourmottagningarna. Vi kanske får in 500-600 kr per år för en ung person och då räcker det ju att den går två gånger på fel akutmottagning så är det en förlustaffär”

V1 berättar även att nuvarande ersättningssystem har gjort att en viktig funktion på vårdcentralen minskats nämligen deras psykosociala team. Det finns enligt V1 ett stort behov bland ungdomar med psykosociala problem att få hjälp men genom ersättningssystemet är dessa patienter inte särskilt lönsamma eftersom de ofta kan sakna en diagnos.

“Unga personer som har behov av samtalsterapi och som kanske inte har någon riktig diagnos, kanske bara har någon krisreaktion eller något sådant där och skulle behöva gå i samtalsterapi, det tror jag inte är några lönsamma personer”

V1 tar även upp vikten av att arbeta med registrering av diagnoser och andra parametrar som ligger till

grund för ersättning. I jakten på att registreringen skall bli rätt har kommunikationen med personalen blivit en viktig del av arbetet. I jakten på bättre kvalitet har personalen fått en stor roll och för att få ut ersättning till vårdcentralen gäller det att få så höga poäng på kvalitetsindikatorer som möjligt. V1 beskriver att det nya systemet har gjort att personalen fått mer utrymme och att det är viktigt att “alla är med på tåget”. Det är viktigt att göra klart för medarbetarna “vad som genererar intäkter”. Alla är viktiga för att verksamheten skall gå runt och alla får vara med i arbetet för att förbättra vårdcentralen. Eftersom verksamheten har blivit mindre blir hela personalkårens bemötande av patienter viktigare än någonsin.

“Det är jätteviktigt hur du blir bemött, egentligen ända från entrén. Det har ju alltid varit viktigt men innan på något sätt så var det så mycket patienter, nu är det oerhört viktigt att man känner sig välkommen”

5.2 Intervju med vårdcentralchef 2 - V2

V2 är verksamhetschef för en vårdcentral som ligger i ett tungt socioekonomiskt område. V2 har varit verksamhetschef för den aktuella vårdcentralen drygt ett år men har tidigare chefserfarenhet från andra verksamheter i regionen.

V2 berättar att det har varit positivt för verksamheten att ha tre andra vårdverksamheter i samma hus, BVC, MVC och barnmedicin. V2 menar att detta först och främst är positivt för patienten men också för vårdcentralen. Genom att både MVC och BVC finns i samma lokaler fångar de upp hela familjer. V2 berättar att det varit svårt för vårdcentralen att ta hänsyn till sitt patientunderlag, även om det hade “varit ett drömscenario att kunna nischas sig”. Hon berättar vidare att de istället har fått satsa på ett basutbud. Svårigheten att anpassa sig till patientunderlaget menar V2 beror på att vårdcentralen är belägen i ett tufft socioekonomiskt område långt utanför centrum och det är svårt att rekrytera personal.

“Idag går det inte att rekrytera distriktsläkare till vårdcentraler som ligger i förorterna. Då går det inte att nischas sig, det är det stora hotet mot min verksamhet, jag har inte de anställda som jag borde ha. Det är detta som håller mig vaken om nätterna. Vad skall jag komma med? Ligger man i city är det klart att de tar läkarna istället, man måste ha en passion om man skall jobba här”

V2 beskriver hur fokus har flyttats till ekonomi genom vårdvalet. V2 jämför sig med en företagare och menar att genom vårdvalet har cheferna blivit tvungna att tänka ekonomiskt och hålla en budget. Hon berättar att det är hon som har ansvaret för hela verksamheten och det är hon som lägger budgeten och får stå till svars om ekonomin inte skulle gå ihop sig.

“Jag är som en företagare som driver detta som ett eget företag. Jag ser till att vi håller budget för det är övergripande allting annat. Jag har ju 100% ansvar så faller vi så faller jag och går det bra så blir jag hyllad. Du måste idag vara duktig på ekonomi för att driva en vårdcentral”

V2 känner att det har blivit lättare att påverka verksamheten med nuvarande ersättningssystem. När hon arbetade i en anslagsfinansierad verksamhet fick de en fast summa pengar att hushålla med under året. V2 menar att det var en svaghet i att få en summa pengar i januari som man inte kunde påverka, hon menar att pengarna låg kvar men att förutsättningarna ofta ändrades under året. Nackdelen med vårdvalet är enligt V2 att det inte tar tillräckligt med hänsyn till omvärldsfaktorer som inte går att påverka, som att de ligger i ett oattraktivt område. Offentliga vårdcentraler konkurrerar också med varandra men ändå finns det skillnader i förutsättningar för att klara konkurrensen, eftersom vissa ligger i centrum och har lätt att få personal. Hon nämner att det är omöjligt för henne att konkurrera i lön med de privata aktörerna eftersom det råder samma lönepolitik inom regionen.

Det V2 tycker är positivt med att alla vårdcentraler konkurrerar med varandra är att verksamheterna har varit tvungna att arbeta med större fokus på patienten. V2 med lång erfarenhet inom regionen beskriver att det förr rådde en inställning att patienten var till besvär. Innan vårdvalet var de bästa dagarna när man inte hade mycket patienter, nu har det blivit tvärtom. Men V2 pekar dock på att det finns brister i ersättningssystemet där vissa patienter drabbas. Tunga patienter som är kroniskt sjuka kostar mycket och det finns enligt V2 ett incitament att fokusera på drop-in patienter som ger "snabba pengar" eftersom tillgänglighet premieras. Kvalitetsindikatorerna som genererar ersättning är viktig för vårdcentralen och V2 berättar att de arbetat hårt med att få med alla på tåget. Det kräver att alla jobbar för att registrera allting rätt för att få betalt för det man gör. V2 beskriver frustrationen med att systemet kräver tid och resurser och framförallt att alla skall vara på det klara med hur de skall göra.

“Det tar jättemycket tid, tid är resurser. Systemet i sig är inte svårt, utan det är svårt att få tiden och det är svårt att få folk att förstå hur man skall göra”

5.3 Intervju med vårdcentralchef 3 - V3

Vårdcentralen där V3 är chef startade ett år efter vårdvalet infördes i Göteborgs kommun. Det innebär att förutsättningarna för vårdcentralen inte har varit detsamma som för andra vårdcentraler då de inte fick ett närområde att ta hand om, utan när vårdcentralen öppnade år 2010 hade de noll patienter. Alla patienter som står listade på vårdcentralen idag har gjort ett aktivt val om att lista sig på vårdcentralen. Med de förutsättningarna beskriver V3 jobbet som en stor utmaning där de har fått jobba med mycket marknadsföring, bra tillgänglighet och att vara nytänkande för att "ragga kunder". V3 har haft tidigare tjänster inom regionen som biträdande verksamhetschef. Hon har tidigare jobbat i ett socioekonomiskt tungt område, något som hon tycker har varit stor kontrast till att jobba där hon gör nu. När vi frågade henne om det var lättare nu när hon inte längre arbetade i ett socioekonomiskt tungt område svarade V3 att det snarare var tvärtom. Detta på grund av att man är mer utsatt som chef i ett område där folk har höga krav och vet

vad de vill ha. De patienter som inte är nöjda med vården ringer in och klagar, något som var mer sällsynt på hennes förra arbetsplats.

Vårdcentralens patientunderlag består till största del av patienter som är i 30 - 40 års åldern och har barn. Vårdcentralen har även många äldre patienter. Hon berättar att många av patienterna är i behov av mycket vård. Därför har hon försökt anpassa sin verksamhet till de som är i störst behov av vård genom att minska på drop-in mottagning och akutmottagning för att i stället ge plats till patienter med kroniska sjukdomar. Hon tycker det är svårt att få resurserna att räcka till eftersom vårdpengarna inte alltid kompenserar den vårdtyngd som patienten har. Därför strävar vårdcentralen efter att ha en förmånlig blandning av patienter för att klara sig. Vårdvalet har enligt V3 fått den offentliga primärvården att byta inställning, från att tidigare varit väldigt trygga till att kämpa för att klara av sin ekonomi. V3 ser detta som något positivt då man har ett tydligt mål att arbeta efter och även att patienten hamnar i fokus.

“Jag tycker att man ser att det är stor skillnad. Förut så ville vi egentligen inte ha patienter, alltså missförstå mig rätt, det gjorde ingen skillnad för oss om de kom eller inte. Men nu är det så att man vill ha dem, och de måste vara nöjda för att stanna kvar”

Problemet med att erhålla så bra kvalitet som möjligt för patienterna är att det i bland är omöjligt att hinna med allting. Det innebär till exempel att de inte hinner svara på alla telefonsamtal som de hade velat. Akutbesöken har också varit tvungna att begränsas eftersom tiden inte räcker till och därför har de börjat jobba med att informera patienterna om egenvårdsråd. Tillgängligheten är något V3 jobbar med aktivt och verksamheten strävar efter att ha tid för fler patienter.

När det gäller registrering av vård har V3 fått arbeta en hel del med sin personal för att rutinen skall sätta sig. Trots att alla är välvilliga och är med på banan så har det ändå gått väldigt trögt, men V3 tror att framtiden är ljus. När rutinen sätter sig så kommer registrering gå per automatik.

5.4 Intervju med vårdcentralchef 4 - V4

V4 har varit verksamhetschef på den aktuella vårdcentralen sedan år 2008 och var med vid införandet av vårdvalsreformen. V4 har lång tidigare erfarenhet som chef inom offentliga vårdverksamheter. Hon berättar att vid införandet av vårdvalet år 2009 var det ett skakigt år med många som slutade i personalen och de fick ta in hyrläkare. V4 beskriver att det var stressande med det nya systemet och det nya sättet att tänka med ekonomin och “jagandet efter pengar”.

V4 berättar att det började ordna upp sig år 2010 när flera läkare fastanställdes och det blev mer ordning i verksamheten. Hon berättar att under den här tiden så tappade de flera listade patienter för att det öppnade nya vårdcentraler i området. Det var inte någon ström av patienter utan många flyttade eller dog för att det helt enkelt är ett område med mycket gamla. V4 anser att hennes arbete som verksamhetschef har inneburit

en förändring sedan införandet av vårdvalet. Det har blivit mer fokus på ekonomi och man tänker på pengar även när man arbetar med kvalitetsarbete eftersom det är det som belönas. Verksamheten strävar således efter så bra resultat som möjligt i ACG, listningspoäng och kvalitetsindikatorer.

V4 tycker att Västra Götalandsregionens ersättningssystem är bättre än många andra landsting eftersom det tar hänsyn patienternas diagnos och därmed vårdtyngd, något som man exempelvis inte gör i Stockholm med prestationsfinansiering “där det bara råder pinnstatistik”.

“Här har man ju ändå försökt att göra efter att du ska få ersättning för en person som har en diagnos som är tung, har du en anorexipatient till exempel så fick vi lika mycket pengar för en öroninfektion. Det var ju inte rätt för det krävde ju mycket mer tid för anorexia patienten än med örat där man satt en kvart”

V4 berättar om sin syn på konkurrens och vad den inneburit för hennes verksamhet. Hon tycker att konkurrensen har varit bra i det avseendet att verksamheterna måste vara “mer på hugget”. Blir man för bekväm i sitt jobb så riskerar man att förlora patienter och det triggar igång en arbetsglöd enligt V4. För övrigt tycker hon att konkurrensen kunde ha styrts och begränsat antalet nyöppnade vårdcentraler för “patienterna räcker inte till”. V4 tycker det är en överetablering i centrum som tvingar många vårdcentraler att lägga ned, vilket inte är “optimalt för våra skattemedel”. V4 berättar även att de arbetar mycket med kvalitetsindikatorerna eftersom dessa ger intäkter till verksamheten. V4 menar dock att det är tufft att få med alla medarbetare i processen och få alla att förstå vikten av att registrera rätt och bemöta patienterna på rätt sätt. Det krävs ett annat sätt att tänka och det är den stora utmaningen och det tar tid.

“Först när man tittar på en patient så tänker man på vilka kvalitetsindikatorer man kan få in, alltså lite så, och det kräver mycket energi som man kunde lägga på annat”

V4 berättar att de valt bort drop-in mottagning och tar endast emot bokade besök och ett antal akuttider per dag.

“Vi har ju inte drop-in utan vi har telefon och akutmottagning här och det tycker jag egentligen är väldigt bra. Annars kan det komma patienter med till exempel ryggont i tre månader eller depression. Det gör du inte på fem minuter. Då kan vi i alla fall göra viss selektion i telefonen”

5.5 Intervjuerna med primärvårdschefer - P1 & P2

Primärvårdschefen P1 har jobbat inom primärvården i Göteborg sedan 1986. P1 har tidigare arbetat som vårdcentralchef och de tre senaste åren som primärvårdschef. P2 har tio års erfarenhet som chef inom regionen, både som vårdcentralchef och primärvårdschef.

Båda primärvårdscheferna talar om det nya fokuset på ekonomi som den största förändringen efter införandet av vårdvalet. P2 berättar att hon arbetar tillsammans med en ekonomicontroller och hr-konsult för att leda arbetet och de hjälps åt med ekonomiskt arbete och att förutse trender. P1 berättar att hon arbetar efter en affärsplan där vårdcentralerna själva får sätta upp mål för bland annat hur många listade patienter man ska försöka ha över en viss period. P1 menar att det är viktigt för vårdcentralerna att förstå att man kan påverka sin egen ekonomiska situation genom att få fler patienter. På samma sätt berättar P2 att med det nya systemet är intäkterna osäkra och budgeten blir bara en prognos eftersom de inte kan styra listningen.

Primärvårdscheferna är eniga om att de ekonomiska förutsättningarna ändrats radikalt sedan vårdvalet. Förut var det kostnader man skulle påverka och ett avtal som skulle uppfyllas och därefter fick verksamheterna sina pengar. P1 menar att idag är det "mycket mer osäkert och rörligt". Precis som samtliga vårdcentraler berättar P1 och P2 att det är väldigt viktigt att vårdcentralerna registrerar rätt för att få betalt för deras arbete. Även om administrationen kan vara något som kan ta både mer tid och kraft så ser P1 det positiva med hur framförallt den ekonomiska uppföljningen har ändrats sedan införandet av vårdvalet, det har numera blivit möjligt att jämföra sig med andra.

P2 tycker att vårdcentralerna har fått ett rimligare uppdrag efter vårdvalet. Innan var det väldigt mycket storskalighet med många patienter på varje vårdcentral. Förut fick man säga nej till patienter på grund av för lite resurser medan nu arbetar man för att få dem till just sin vårdcentral. En ytterligare positiv aspekt med ersättningssystemet enligt P2 är att det har blivit mer rättvist i regionen eftersom att vårdcentralerna inte längre lyder under hälso- och sjukvårdsnämnder. De skall rätta sig efter regionens utformade Krav- och kvalitetsbok där förutsättningarna för vårdcentralerna inom vårdvalet finns. Ersättningssystemet tar hänsyn till socioekonomiska faktorer som hon anser har gynnat vårdcentraler i utsatta områden.

Trots att båda primärvårdscheferna ser positivt på vårdvalsmodellen och dess införande så finns det ändå svagheter med modellen som skulle behöva förbättras. P2 pekar på svårigheten med att ersättningssystemet kräver aktivt arbete från alla på en vårdcentral för att man skall få ut ersättning. Att få alla att registrera rätt har varit en stor utmaning och ersättningen riskerar därmed att bli fel.

P2 tar upp hur tillgängligheten har blivit bättre för patienterna sedan vårdvalet men berättar att de diskuterar mycket om detta gjorts på bekostnad av kroniskt sjuka patienter. P2 tror dock att det går att rätta till systemet så att det inte brister i kvalitet för dessa grupper bara för att man ökat kvantiteten. Hon tror att det går att klara båda delarna om ersättningssystemet justeras.

P1 tycker att en negativ aspekt är att patienter kan lista om sig hur många gånger som helst. P1 tycker sig ha sett att vissa patienter använder detta som ett hot mot läkare och sjuksköterskor. Patienter hotar om att byta vårdcentral om de inte får den behandling eller tid som de anser sig vilja ha. Detta skapar en stress hos personalen eftersom patienten är bärare av intäkten till verksamheten. P2 berättar att de nya förhållandena som gäller för vårdcentralerna, där patienten skall vara i fokus, har resulterat i ett tuffare uppdrag för

verksamheterna eftersom det handlar om vårdcentralernas överlevnad. Det har blivit tuffare ekonomiskt och tuffare som chef att motivera sina anställda att arbeta på ett nytt sätt. Trots att uppdraget har blivit tuffare tycker P2 att vårdcentralsscheferna har fått mycket större frihet att utforma sin verksamhet och anpassa den efter rådande omständigheter, så som patientunderlag.

6. Analys

I detta kapitel identifieras och analyseras vilka effekter som har uppkommit till följd av vårdvalet och varför det ser ut som det gör. Studiens referensram används som utgångspunkt vid analysen av det empiriska materialet.

6.1 Administration

Det som också framgår i tidigare studier såväl i vår egen studie är att arbetssituationen förändras, bland annat genom att administrationen ökat för verksamheterna. Verksamhetscheferna för de studerade vårdcentralerna i Göteborgs stad har delade meningar kring hur mycket tid och kraft de lägger ner på administration. Som tidigare nämnt i avsnitt 3.2 kräver ersättningssystemet korrekt registrering av flertalet parametrar, bland annat genom kvalitetsindikatorer och ACG-systemet som kräver diagnosättning av alla patienter. Respondenterna tycker att det har varit svårt att få det helt rätt eftersom att det gäller att få med hela personalkåren på tåget och även om alla är med, så missas mycket. Det nämns i intervjuerna att det finns vissa svårigheter att få med "gamla rävar" på tåget. Läkare som har lång erfarenhet och arbetat på sitt sätt i många år vill inte gärna ändra sig. Systemet ger således inte rätt utfall och ersättningen blir skev då den inte speglar den vård som faktiskt utförts.

Utifrån studiens empiri har det även identifierats positiva effekter med ökad administration. Primärvårdscheferna anser att även ifall den ekonomiska uppföljningen är tidskrävande, så har man genom den fått mer insyn på verksamheterna. Man har även fått bättre möjligheter till att styra och jämföra vårdcentralerna med varandra. Eftersom att all vård registreras får primärvårdscheferna mer detaljerad information om vårdcentralernas utveckling, dess patientunderlag och deras ekonomiska situation.

6.2 Ekonomiskt medvetande

Tidigare studier har visat att konkurrensutsättning tillsammans med intäktsfinansiering leder till ökat ekonomiskt medvetande (Hallin & Siverbo 2011, Brorström & Solli 1997, Rombach 1997, Kastberg 2005, Panifilova 2004, Charpentier & Samuelsson 2000). I det empiriska materialet syns denna effekt väldigt tydligt. Samtliga av våra respondenter nämner ekonomin som ett nytt fokus efter att vårdvalets införande. Empirin pekar på stort ekonomiskt medvetande bland respondenterna och det nämns också specifikt som en effekt av vårdvalet. Respondenterna lägger stort fokus på intäkter och har blivit mycket medvetna om vad som genererar pengar och hur de skall göra för att få in dessa till verksamheten. Respondenterna utgår hela tiden från ersättningssystemet när de pratar om verksamheten eller om vård av patienter. De tar upp hur de försöker generera största möjliga intäkt till verksamheten genom att få höga poäng på kvalitetsindikatorer och att registrera rätt parametrar som ger ersättning. Det är mycket tydligt att ekonomin är övergripande allting

annat eftersom det hör ihop med vårdcentralernas överlevnad och deras uppdrag som chef. I studiens empiri framkommer det att det ökade ekonomiska tänket har lett till en mer stressad verksamhet. Personalen på vårdcentralerna har upplevt prestationspress genom att de har fått ta emot hot från patienter. Patienter hotar om att byta vårdcentral om de inte får den typ av vård som de anser rätt, vilket leder till att intäkter förloras. Alla känner ett ansvar för verksamheten.

6.3 Konkurrens

Tidigare studier talar om att det kan uppstå problem när man inför vårdvalsmodellen i socioekonomiskt tunga områden (Panifilova 2004, Le Grand 2007). Det har framkommit i studiens material att det har varit tungt för vårdcentralerna att rekrytera personal till förorten. För offentliga vårdcentraler i förorten är det en svårighet att kunna konkurrera om personal både med de privata och med de befintliga offentliga vårdenheterna som ligger mer centralt. Vårdcentraler som ligger i centrum har inga svårigheter att anställa personal och de som ligger i stadskärnan har dessutom stort patientunderlag. Eftersom att Västra Götalandsregionen har samma lönepolitik kan inte de offentliga vårdcentralerna konkurrera med varandra i lön och inte heller med de privata vårdenheterna. Lönepolitiken skapar problem i modellen som förutsätter att verksamheterna skall kunna anpassa sig mer efter sin befolkning och den efterfrågan som råder (Le Grand 2007, Olofsson m.fl. 2010). Det råder således olika förutsättningar att klara konkurrensen under dessa omständigheter och de som drabbas är vårdcentraler långt utanför centrum. I vår studie framkommer det att detta problem innebär nackdelar för patienten som går miste om en stadig läkarkontakt eftersom det finns svårigheter att rekrytera personal. Den aktuella vårdcentralen har många underläkare som stannar i ca 6 månader innan de går vidare till nästa uppdrag, detta har gjort att vårdcentralen fått låga poäng av patienterna när det gäller kontinuitet.

Samtidigt som nackdelen för vårdcentraler i socioekonomiskt tunga områden tas upp finns det en annan sida av myntet. Anell (2011:196) visar att i storstadsregioner har över hälften av etableringen av vårdcentraler efter vårdvalet skett i centrum. Respondenterna uttrycker att modellen lett till en överetablering av vårdcentraler i centrum. Effekterna av detta har blivit att många också har fått slå igen, det gäller privata aktörer som inte klarat sig i konkurrensen. Det framkommer i empirin att detta drabbar de tillgängliga resurserna inom primärvården. Det blir dyrt när alla vill etablera sig i centrum och det skall betalas för lokaler och personal för att sedan lägga ned verksamheten. Att modellen tillåter fri etablering och att detta sker framförallt i centrum påverkar även de vårdcentraler som ligger nära centrum men utanför den attraktiva stadskärnan. Det uttrycks i empirin att patienterna helt enkelt inte räcker till och att en önskan finns om att begränsa antalet vårdcentraler i centrum.

6.4 Valfrihet

Tidigare forskning har visat att intresset och förmågan att göra ett aktivt val skiljer sig i befolkningen utifrån bland annat ålder, socioekonomiska faktorer och hälsotillstånd (Le Grand 1993:95). Anell (2011:207) nämner att bland annat personer över 65 år sällan väljer att byta vårdcentral, erfarenheter visar att skälen till byte var att man tvingats till att byta exempelvis för att läkaren avvecklat sin mottagning. I vår studie framkommer att vårdcentralerna har fått många patienter utifrån geografiskt läge som blivit passivt listade fram tills dess att de gör ett aktivt val och byter vårdcentral. De vårdcentraler som öppnats efter vårdvalet har inte samma förutsättning utan börjar på noll patienter. I en av vårdcentralerna som öppnat efter vårdvalet framkommer det att vårdcentralen hela tiden får nya aktivt listade patienter och det tyder på att modellen fungerar. Vårdcentralen ligger dock i ett välbeställt område med patienter som vet vad de vill. Det framkommer från studiens empiri att vårdcentralen som ligger i ett socioekonomiskt utsatt område har patienter som inte byter vårdcentral trots att det brister på vissa kvalitetsfaktorer. Oviljan att byta vårdcentral förklaras med att patienterna i sådana områden inte byter vårdcentral utan man håller sig till den offentliga vården oavsett om man är nöjd eller ej. Vart vårdcentralerna ligger och vilka patienterna är spelar roll för hur kundvalsmodellen faller ut och hur förutsättningarna för både patient och verksamhet ser ut.

6.5 Kvalitet

En av effekterna att utsättas för konkurrens som tas upp av samtliga respondenter i det empiriska materialet är att det har blivit bättre för patienten och verksamheten. Le Grand (2007:112f) menar att om vårdenheter misslyckas med kvalitet och denna bristen uppmärksammas av patienterna leder det till att den aktuella vårdenheten väljs bort genom patientens val. Den positiva effekten av patientens val är att vårdenheterna aktivt måste arbeta med förbättring och att attrahera sina kunder för att stå sig i konkurrensen (Ibid). I det empiriska materialet pekar respondenterna på att det blivit en förändring i verksamheterna efter vårdvalet, man värderar patienten högre än innan och arbetar för att göra dessa nöjda eftersom man riskerar att förlora dem. Innan vårdvalet hade verksamheterna sin stock av patienter utan hotet om att förlora dem, vilket samtliga beskriver som negativt för patienten som "bara var till besvär". Konkurrensen och rörligheten av patienter har gjort att vårdcentralerna har fått mindre andel patienter än innan, något som har gjort att uppdraget har blivit rimligare för vissa och tuffare för andra. Alla har börjat fokusera på att göra kunden nöjd och lojal.

Det har även framkommit att konkurrens skapar en drivkraft inom verksamheten. Respondenterna upplever att det har blivit roligare att jobba när man vet att man kan göra en skillnad för verksamheten. Kvaliteten har blivit det främsta verktyget att konkurrera med och därför jobbar vårdcentralerna aktivt med att försöka förbättra den. De har bland annat ökat tillgängligheten genom att försöka svara på alla samtal som rings in under en dag, längre öppettider och drop-in mottagning som gynnar patienten.

6.6 Cream-skimming

Studier visar att styrning med ersättningsmodeller skapar incitament att välja bort de patienter som är svåra att behandla, då det finns en risk att kostnaden att ha patienten överstiger ersättningen som ges (Panifilova 2004, Kastberg 2005). Eftersom att vårdcentralerna har möjligheten att utforma sin verksamhet kan det vara strategiskt att bygga upp en vårdcentral som "inte passar" för olönsamma patienter. Denna effekt kallas för cream-skimming, något som anses vara en allvarligt negativ effekt. Cream-skimming handlar, som nämns i avsnitt 3.6, om att verksamheter prioriterar vissa patienter som ger den högsta vinsten (Le Grand 2007, Panifilova 2004). Risken finns att på lång sikt drabbas en grupp som har högre risk för dålig hälsa. Det framgår i vår studie att vissa grupper av patienter drabbas av ersättningssystemets utformning. Kroniskt sjuka och multisjuka blir förlorarna precis som unga med psykosociala problem som är svåra att sätta diagnos på, patientens diagnos hänger ihop med det ekonomiska ersättningssystemets utformning. Ersättningssystemet belönar tillgänglighet och vårdcentralerna får in pengar på drop-in patienter som många av respondenterna anser påverkar kroniker och multisjuka patienter.

Ersättningssystemet bygger på att vårdcentralen skall kunna sätta en diagnos vid varje besök (Olofsson m.fl. 2010).

Två av de vårdcentraler som vi har intervjuat har aktivt utformat verksamheten efter patienten. Dessa två vårdcentraler har många vårdtunga patienter så som exempelvis kroniker, de har istället valt att ta bort sin drop-in mottagning för att möta behovet hos deras patienter. Det nämns dock att ekonomin därav har varit ansträngd och att det varit svårt att få resurserna att gå ihop, det ultimata som framhålls är att satsa på en blandning av patienter så att verksamheten inte blir så sårbar. Övriga två vårdcentraler uttrycker dock att drop-in är en viktig del av verksamheten som ger snabba pengar vilket är avgörande för verksamhetens överlevnad. Oro över att ersättningssystemet drabbar vissa patientgrupper är dock något som majoriteten av respondenterna tog upp i intervjuerna.

Le Grand (2007:124) pekar på risken att vårdaktörer föredrar att etablera sig i områden där befolkningen har lägre risk för ohälsa och har det gott ställt, socioekonomiskt tunga områden väljs bort medvetet. Majoriteten av de nya vårdcentraler har etablerats i städernas centrum sedan vårdvalets införande, särskilt i storstadsregionerna (Anell 2011:196). Det kan identifieras liknande tendenser i vår studie där det talas om en enorm överetablering i centrum av flera respondenter (vilket får anses som ett välbeställt område). Det behöver inte alltid nödvändigtvis bero på att man vill ha enkla patienter utan det kan bero på att det finns många patienter som arbetar och studerar centralt och därmed utgör ett kundunderlag. Det nämns av flera av våra respondenter att vissa patienter väljer att lista sig hos en vårdcentral centralt eftersom det ligger nära till arbetet eller till skolan och därmed är praktiskt. Därmed finns det ett incitament för vårdcentraler att etablera sig i centrum eftersom det finns mycket kunder i rörelse. I förorten har en av respondenterna upplevt rekryteringsproblem av doktorer. Doktorerna vill inte arbeta ute i förorten, något som kan tyda på att patienterna är mer krävande och att det är mer attraktivt att arbeta centralt. Områdets rykte påverkar personalens val av arbetsplats.

7. Slutsats

I detta kapitel sammanfattas studiens resultat och studiens frågeställningar och syfte besvaras. Kapitlet börjar med att besvara studiens första frågeställning, nämligen vilka effekter som uppkommer vid införandet av kundvalsmodellen i primärvården. Därefter redogörs det för både de positiva och negativa effekter som införandet fört med sig. Följaktligen besvaras studiens andra frågeställning, nämligen varför dessa effekter visar sig. Avslutningsvis ges det plats för våra egna reflektioner samt förslag till fortsatt forskning inom studiens forskningsområde.

7.1 Kundvalsmodellens positiva och negativa effekter i primärvården

Det som framgår av vår studie är att tillämpandet av kundvalsmodellen inom primärvården har gett flera positiva effekter både för verksamhet, personal och patient. Konkurrens mellan vårdcentralerna har gett verksamheterna en glöd att arbeta med patienten i fokus. Alla i personalen har blivit "viktiga" för att verksamheten skall gå runt och det har resulterat i mer delaktighet och innovationsmöjligheter för personalen. Patienten har hamnat i fokus och värderas högt som "kund" som vårdcentralerna är beroende av för att överleva, vilket förstärker patientens roll i vården. Konkurrensen och den fria etableringsrätten för vårdcentralerna har även skapat ett rimligare uppdrag för förut hårt belastade vårdcentraler eftersom det genererat fler aktörer på vårdmarknaden. Kvalitet är något som ökat sedan vårdalet då det finns ett ekonomiskt incitament för vårdcentralerna att uppnå höga poäng på kvalitetsindikatorer. Systemet har bland annat gett bättre tillgänglighet, bättre uppföljning av patienten, bättre bemötande och service och mer fokus på att patienten skall få en diagnos.

Negativa effekter som visat sig berör både verksamhet, personal och patient. Det står klart att kundvalsmodellen skapar ett ekonomiskt medvetande som blir överordnat allting annat. I verksamheten pratar man i termer om ekonomi i form av vad man kan få för ersättning på respektive patient och hur man skall kunna generera största möjliga intäkt. Det framkommer att det tunga fokuset på ekonomi leder till en viss stress i verksamheten där det gäller att alla aktivt arbetar för att få in intäkter och fokus flyttas från verksamhet till ekonomi. Det ekonomiska fokus som råder och ersättningssystemets utformning som ger varje patient ett visst värde påverkar vissa patientgrupper negativt så som kroniker och multisjuka. Dessa patienter trängs undan av andra mer lönsamma patienter i systemet vilket resulterat i en försvagning av patientens rätt. Verksamheterna verkar under olika förutsättningar både vad gäller geografiskt läge och patientunderlag och detta har påverkat deras förmåga till framgång. Systemet tar inte tillräcklig hänsyn till dessa förutsättningar utan det finns hinder som inte verksamheterna själva råder över vilket skapat orättvisa.

7.2 Varför uppstår dessa effekter?

Studien har konstaterat att de effekter som uppstått såväl positiva som negativa har sitt ursprung i det

ersättningssystem och införandet av konkurrens som råder för vårdcentralerna inom regionen. Ersättningssystemet är uppbyggt på det viset att med varje patient följer en viss ersättning beräknad utifrån olika faktorer såsom vårdtyngd, socioekonomi, ålder och kön och dessutom belönas vårdcentralerna efter uppnådda poäng på fastställda kvalitetsindikatorer. Systemet skapar ett fokus på ekonomi men också på patienten som får en stärkt ställning gentemot verksamheterna eftersom patienterna är förutsättningen för att verksamheterna skall gå runt. Att förena patienter med intäkter och valfrihet har gett den positiva effekten att patienten stärkts i förhållandet till vården och resulterat i högre kvalitet och service. Att patienten är förenad med en intäkt som verksamheten är beroende av förklarar också varför alla i personalen har blivit viktiga och spelar roll. Det är personalen som möter patienten, från receptionen till sjuksköterskan och läkaren. Det gäller för alla att tillgodose patientens behov och ge en god service för att få till sig nya patienter likaväl som att få dem att stanna.

Vilka effekter som uppstår beror också på vilka förutsättningar vårdcentralen har. Vårdcentraler slåss med olika utmaningar som har grundas i deras geografiska läge och patientunderlag. Detta är faktorer som de själva inte kan påverka och som det utformade vårdvalssystemet sätter hinder för. När det gäller utsatta vårdcentraler i socioekonomiskt tunga förorter där patienter ofta har ett tungt vårdbehov och där det dessutom finns svårigheter att rekrytera personal finns det ingen reell möjlighet att konkurrera på lika villkor. Vårdvalssystemet inom Västra Götaland har låst möjligheterna att konkurrera med lön eller andra förmåner för att få personal vilket hindrar dessa vårdcentraler att stå sig i konkurrensen med deras mer centrala grannar. Att som vårdcentral ha ett gynnsamt patientunderlag som ger hög ersättning från ersättningssystemet är väldigt fördelaktigt eftersom det skapar intäkter och möjligheter för dessa vårdcentraler att anpassa sig efter sitt patientunderlag och därmed ge patienten kvalitet och den vård som är tänkt. Däremot om en vårdcentralens patientunderlag består av olönsamma patienter ger detta dåliga förutsättningar för att ha råd att anpassa verksamheten efter patienten och det blir tufft att få verksamheten att gå runt. Denna förutsättning är inget som en vårdcentral kan välja men däremot försöka styra genom att fokusera på andra typer av patienter genom att exempelvis minska en speciell avdelning för dessa patienter och fokusera på att få in nya typer av patienter. Ersättningssystemets utformning är därför primär för hur verksamheterna agerar mot sitt patientunderlag. Patienten får högre kvalitet och resurser från verksamheten så länge denne ersätts med rätt belopp från ersättningssystemet.

7.3 Reflektion

Ersättningssystemets utformning är avgörande för hur vårdcentralerna väljer att arbeta och det måste därför skapa incitament som ger en så rättvis vård som möjligt. En verksamhet som riskerar att läggas ner om den inte får in tillräckligt med intäkter kommer alltid att sträva efter att överleva, således kommer verksamheterna inte att göra något som inte är lönsamt.

Kundvalsmodellen har lyckats med att stärka vården för vissa patientgrupper och ökat kvaliteten inom vissa

kvalitetsparametrar inom den offentliga primärvården.

Det har dock framkommit i denna studie om Västra Götalandregionens vårdvalssystem att det fortfarande finns brister i ersättningssystemets utformning för att kunna ge alla patienter rättvis och lika vård.

7.4 Fortsatt forskning

I denna studie har kundvalsmodellens effekter studerats ur ett verksamhetsperspektiv och hur kundvalsmodellen har påverkat patientens situation. Då endast verksamhetschefer och primärvårdschefer har intervjuats så har patientens perspektiv enbart kommit fram ur deras synvinkel. För att få en heltäckande bild över situationen behöver patientens talan om kundvalsmodellens införande också föras fram i ljuset. Förslag till fortsatt forskning är därmed att ur ett patientperspektiv och eventuellt ett personalperspektiv studera effekter av vårdvalet för att därmed kunna få en komplett bild av vad kundvalsmodellen innebär för vården. Det kan även vara intressant att studera vilka effekter andra landsting med annorlunda utformade vårdvalsmodeller till exempel Stockholm och Skåne har fått.

8. Referenslista

Litteratur

Almqvist, R. (2006) *New public management: NPM: om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber AB.

Anell, Anders (2011) Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi. I Hartman, Laura (red) *Konkurrensens konsekvenser - Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag, s 181-214

Arvidsson, Göran & Bengt Jönsson (1991) *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. SNS förlag

Brorström, Björn. (1995) *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer - En studie av nya styrreformer inom sjukvården*, Lund: Studentlitteratur

Bryman, Alan. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*, Malmö: Liber AB

Charpentier, Claes & Samuelsson, Lars (2000) *Effekter av en sjukvårdsreform - En analys av Stockholmsmodellen*. Sollentuna: Nerenius & Santénius förlag

Hallin, B. & Siverbo, S. (2011) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Kastberg, Gustav (2005) *Kundvalsmodeller: En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting* Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan

Le Grand, Julian (2007) *The Other Invisible Hand- Delivering Public Services through choice and competition*. Princeton University Press

Le Grand, Julian & Will Bartlett (1993) *Quasi-markets and social policy*. Macmillian

Olofsson, Christer m.fl (2010) *Patientens val - en bok om primärvård och vårdval*. Lund: Studentlitteratur

Rombach, Björn (1997) *Den marknadslika kommunen - en effektstudie*. Santénius Förlag

Stukát, Staffan (2005). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Trost, Jan (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Rapporter

Brorström, Björn & Solli, Rolf (1997) *När intäkten kom - En studie av skiftet från kostnads- till intäktstyrning i budgetkopplade organisationer*. Göteborg: KFi nummer 41

Panfilova, Olga. (2004) *Effekter av alternativa driftsformer - En studie av organisationsreformen i primärvården*. Rapport 22, Göteborgs Universitet

Vetenskapliga artiklar

Blomqvist, Paula (2005) Privatisering av sjukvård: politisk lösning eller komplikation?. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, vol 12, nr 2-3. s 170 - 189.

Internet

Göteborgs vårdcentraler

www.vgregion.se/sv/Primarvarden-Goteborg/vardcentralergoteborg/ Avläst: 20 mars 2012, 10:00

Västra Götaland - Primärvårdens områdeschefer

<http://www.vgregion.se/sv/Primarvarden/Ledning/Omradeschefer/> Avläst: 20 mars 2012, 10:00

Övriga källor

Västra Götalandsregionen (2012). Krav- och kvalitetsbok: Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård

9. Bilaga

Bilaga 1. Intervjuguide - verksamhetschefer

- Vilka är dina nuvarande ansvarsområden?
- Hur länge har du haft den tjänsten?
- Har du haft några tidigare tjänster inom regionen eller utanför?
- Kan du berätta för oss hur ditt jobb som verksamhetschef påverkats efter vårdvalet?
- Hur jobbar ni med ekonomi och planering av verksamheten utifrån dessa förutsättningar?
- Anser du att det har blivit lättare eller svårare/oföränderligt i att planera verksamheten utifrån intäktsfinansiering?
- Kan du ge några exempel på hur verksamheten har påverkats av införandet?
- Har verksamheten påverkats i något avseende vad gäller personaltäthet, har verksamheten blivit större/mindre/oförändrad?
- Hur arbetar ni i er verksamhet för att förbättras?
- Hur fungerar er kommunikation med de anställda nu kontra tidigare? (Har personalen mer eget ansvar? Ni som chef kanske ställer något specifikt krav på de anställda nu vs innan?)
- Har ni märkt av ändrade patientförhållanden, har ni märkt av ändrat patientunderlag eller är det oförändrat. Om förändring har skett: Vad tror du att det beror på?
- Varför tror du att “kunderna/patienterna” väljer att gå till er och inte till någon annan? (Öppettider = tillgänglighet, specialistkompetens, bemötande, väntetider)
- Hur bemöter ni kunder idag gentemot innan införandet? Ev. samma?
- Använder ni er av några mål som ni skall nå för verksamheten? Vilka och hur arbetar ni med dessa?
- Använder ni eller finns det krav på att ni skall rapportera vissa mått som “mäter” verksamheten? Har detta fört med sig ökad arbetsbelastning eller är det samma som innan?
- Innovationsmöjligheter för verksamheten? Känner du som chef att du har större möjlighet att själv påverka utfallet av verksamheten respektive din personal?
- Får ni neka patienter om ni känner att ni ej har kapacitet för att ge god vård? Om inte, hur hanterar man det?
- Vad tänker du på när vi säger “konkurrens”?
- Vilka förväntningar hade du inför införandet av vårdvalet?
- Vad skulle du säga, var den största förändringen efter införandet?
- Hur tror du vårdecentralerna hade fungerat idag om vårdvalet inte införts?
- Nämn några styrkor och svagheter med vårdvalsmodellen, motivera.
- Tycker du att nuvarande ersättningssystem fungerar bra? Anser du att det ger dig förutsättningarna för att skapa en bra verksamhet? Vilka är dina nuvarande ansvarsområden?
- Eventuella reflektioner och tankar kring vårdvalet.

Bilaga 2. Intervjuguide - primärvårdschefer

- Vilka är dina nuvarande ansvarsområden?
- Hur länge har du haft den tjänsten?
- Har du haft några tidigare tjänster inom regionen eller utanför?
- Kan du berätta för oss hur ditt jobb som primärvårdschef påverkats efter vårdvalet?
- Har det blivit mer utmanade, stressigare, roligare, etc.?
- Anser du att det har blivit lättare, svårare eller oförändrat i att planera verksamheten utifrån intäktsfinansiering?
- Hur arbetar ni med att verksamheterna ska förbättras? Har ni några krav/mål? (Hur arbetar ni med dessa?)
- Har det blivit någon förändring i er kommunikation med de anställda?
- Hur jobbar ni med kvalitets aspekter? Anser ni att ersättningssystemet är rätt verktyg för att nå dessa kvalitets aspekter? (Tillgänglighet, service, bemötande.)
- Vilka är styrkorna och svagheter i nuvarande ersättningssystem?
- Använder ni eller finns det krav på att ni skall rapportera vissa mått som "mäter" verksamheten? Har detta fört med sig någon ändrad arbetsbelastning i någon riktning eller är det samma som innan?
- Har det gjorts några ändringar under tiden med vårdvalsmodellen till exempel organisationsförändringar? Varför isåfall?
- Känner du som chef att du har fått större handlingsutrymme att själv påverka utfallet av verksamheten?
- Anser du att det ger dig förutsättningarna för att skapa en bra verksamhet?
- Vad tänker du på när vi säger "konkurrens"?
- Vilka förväntningar hade du inför införandet av vårdvalet?
- Vad skulle du säga, var den största förändringen efter införandet?
- Hur tror du vårdcentralerna hade fungerat idag om vårdvalet inte införts?
- Vilka styrkor och svagheter ser du med privat vs. offentligt utförande av vård?
- Eventuella reflektioner och tankar kring vårdvalet