



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

**Vårdvalets påverkan på styrningen
av Närhälsans vårdcentraler i
Västra Götalandsregionen
– ett *New Public Management*-perspektiv**

Företagsekonomiska institutionen

Management & Organisation

VT14

Kandidatuppsats

Författare:

William Edgren, 19910324-3953

Peter Berndtsson, 19880417-5670

Handledare: Vedran Omanovic

Vi vill inleda med att rikta ett stort tack till våra respondenter som valde att ställa upp på intervjuerna:

Bertil Anséhn
Maritha Bäck
Eva Johansson
Åsa Lind
Susanne Magnusson
Kate Sjöblom

Sammanfattning

I och med vårdvalets införande, dvs. att patienterna själva fick bestämma var de skulle få sina basala vårdbehov tillfredsställda, har primärvården i Västra Götalandsregionen öppnats upp för privata aktörer. Från att ha agerat på en starkt reglerad marknad har de offentliga aktörerna nu blivit konkurrensutsatta. Studien behandlar vårdvalets påverkan på styrningen inom den offentliga Närhälsan utifrån ett New Public Management-perspektiv. Genom kvalitativa intervjuer med totalt fyra vårdcentraler och två primärvårdschefer visar denna studie att styrning av den offentliga Närhälsan i den uppkomna konkurrenssituationen har lett till ett marknadstänkande i linje med New Public Management-teorin. Det yttrar sig exempelvis i att man nu ser patienterna som kunder i högre grad, ekonomiansvaret hos de enskilda vårdcentralerna har ökat och prestationsmätning och uppföljning har blivit viktiga inslag i verksamheten.

1. Inledning	6
1.1 Introduktion till problemområdet	6
1.2 Syfte och frågeställning	8
2. Metod	8
2.1 Studieobjekt	8
2.2 Respondenter och undersökningsgrupp	9
2.3 Metod och valda tekniker	10
2.4 Förarbete och genomförande av intervjuerna	11
2.5 Presentation och behandling av resultat	12
2.6 Författarnas och respondenternas relation till studieobjektet	13
2.7 Metoddiskussion	13
2.8 Bortfall av data	15
3. Teori	15
3.1 Kvasimarknader	16
3.2 New Public Management	17
3.2.1. Utveckling och innebörd	17
3.2.2 Decentralisering.....	19
3.2.3 Kundperspektiv.....	20
3.2.4 Kritik mot NPM inom hälso- och sjukvården	21
4. Empiri från insamlad data	22
4.1 Presentation av studieobjekt och respondenter	22
4.1.1 Närhälsan.....	22
4.1.2 Presentation av respondenter	22
4.2 Primärvård och vårdvalsreformen	24
4.3 Primärvård i Västra Götalandsregionen	26
4.4 Ersättning och kostnadsansvar i VG Primärvård	28
5. Resultat från intervjuer	30
5.1 Resultat från intervjuer med primärvårdschefer	31
5.1.1 Styrmodellen	31
5.1.2 Ekonomisk ersättning kontra patientkvalitet samt etiska dilemman med nuvarande ersättningsmodell.....	32
5.1.3 Förändring mot en marknadsanpassad vård.....	33
5.2 Resultat från intervjuer med vårdcentralschefer	34
5.2.1 Styrmodellen	34
5.2.2 Ekonomisk ersättning kontra patientkvalitet samt etiska dilemman med nuvarande ersättningsmodell.....	35
5.2.3 Förändring mot en marknadsanpassad vård.....	36
5.2.4 Förändringar som reformen inneburit för vårdcentralschefer	37
5.2.5 Framtidssyn.....	38
6. Analys	38
6.1 Decentralisering	38
6.2 Konkurrens	40
6.3 Kundperspektiv	41
6.4 Prestationsansvar och etiska dilemman	42
7. Slutsats	44
7.1 NPM och sjukvård, en bra kombination?	45

8. Förslag på vidare forskning.....	45
9. Källor.....	46
9.1 Tryckta källor.....	46
9.2 Elektroniska källor.....	47
10. Bilagor	51
10.1 Hälsa- och sjukvårdlagen.....	51
10.2 Intervjufrågor	51
10.3 Beräkning av täckningsgrad i VGR	54

1. Inledning

1.1 Introduktion till problemområdet

Att ett samhälle skall kunna erbjuda en väl fungerande hälso- och sjukvård till sina invånare är en förutsättning för att invånarna skall känna sig trygga. Att vården ständigt ifrågasätts och förändras är ingen nyhet, vilket media ofta uppmärksammar. För att den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen skall kunna fungera väl har det varit nödvändigt att dela in vården i olika vårdområden. Det vårdområde studien behandlar är primärvården som för snart fem år sedan genomgick en nationell förändring.

Primärvården är en av grundstenarna inom den svenska hälso- och sjukvården då det är den första vårdnivån och syftar till att tillgodose människors basala vårdbehov. Den 1 januari 2010 ändrades Hälso- och sjukvårdslagen vilket innebar att samtliga landsting i Sverige var obligerade att införa vårdval för sin primärvård. Denna vårdvalsreform innebär att alla invånare nu har möjlighet att välja hos vilken vårdgivare man skall vara listad. Det spelar ingen roll om den är privat eller offentlig. Reformen innebär därmed att marknaden även har öppnats upp för privata aktörer att bedriva primärvård med offentlig ersättning på exakt samma villkor som den offentliga primärvården. Efter reformens införande och fram tills augusti 2010 öppnades 223 nya vårdmottagningar i Sverige varav 65 i Västra Götaland. Denna ökning består nästintill endast av privat ägda vårdmottagningar (Nilsson, Jönsson och Weber Persson 2010). Studien syftar till att undersöka hur denna vårdvalsreform har påverkat styrningen av den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen, kallad Närhälsan, både operativt, på dess vårdcentraler och på ledningsnivå, dvs. primärvårdsdistriktets strategiska ledningsnivå. Studien har ett managementperspektiv och behandlar viktiga frågor angående vårdens styrning och hur den har påverkats av en nyskapad marknad där den offentliga primärvården fått uppleva konkurrens från privata primärvårdsaktörer. Eftersom marknadssituationen för Närhälsans vårdcentraler har förändrats kan det antas att styrningen också har förändrats för att de skall kunna stå konkurrenskraftiga gentemot privata aktörer som till följd av vårdvalsreformen får möjlighet att etablera sig på den marknad som kan sägas ha

uppstått. I samband med vårdvalsreformen har ett nytt ersättningsystem introducerats. Detta innebär att inga vårdcentraler, offentliga eller privata, får en tilldelad budget att hålla sig inom. Ersättning betalas istället ut baserat på antal listade patienter samt ett antal övriga faktorer.

Styrningen kommer att studeras utifrån ett New Public Management-perspektiv (NPM-perspektiv). Detta perspektiv väljs dels på grund av den nyuppkomna marknadssituationen och dels på grund av det nya ersättningsystemet. Då de offentligt ägda vårdcentralerna nu inte längre har ”monopol” på marknaden och dess kunder är det intressant att se huruvida de använder sig av företagsinspirerade idéer för att möta konkurrensen från privata aktörer. Det är även intressant att se på vilket sätt det nya ersättningsystemet påverkar styrningen. Att inte arbeta utifrån en budget utan istället vara beroende av patienter som genererar de ekonomiska resurserna till vårdcentralen är en omställning från en relativt trygg situation till en mer instabil. Den uppkomna marknadssituationen kan tänkas föra med sig ett större behov av kontroll och mätning vilka är centrala delar av NPM-budskapet. Att undersöka detta fenomen nu, nästan fem år efter reformens införande i Västra Götalandsregionen är intressant då reformen därmed borde ha hunnit rota sig i den offentliga Närhälsans organisation.

Själva reformen har studerats flitigt sedan införandet, framför allt av Myndigheten för Vårdanalys. Myndigheten har i uppgift att ”stärka patientens och brukarens ställning genom att granska och analysera vården och omsorgen utifrån ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv” (Vårdanalys 2014). Även Konkurrensverket har genomfört studier som behandlar framför allt konkurrenssituationen men även vilka effekter reformen har haft för patienter (Nilsson, Jönsson och Weber Persson 2010).

Hur reformen har påverkat den offentliga primärvårdens organisation och dess styrning har inte studerats på samma sätt. Därför kommer studien att behandla reformen från ett annat perspektiv, det inomorganisatoriska, och undersöka på vilket sätt reformen påverkar den offentliga primärvårdens styrning. Studien kan vara relevant för fortsatt anpassning av reformen i Västra Götalandsregionen samt för att ge en insyn i hur reformen hittills påverkat styrningen av Närhälsan.

Studien kommer därför att koncentreras på frågor gällande styrning inom den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen, Närhälsan. Detta görs dels på den övergripande strategiska nivån och dels på den operativa lokala verksamhetsnivån, det vill säga den nivå där vården möter patienten. Studien avgränsas till vårdcentralernas verksamhetsområde. Med styrning avses i denna studie vårdcentralernas arbete för att uppfylla Närhälsans mål att utvecklas till en primärvård i världsklass genom ständiga förbättringar (Västra Götalandsregionen 2013).

1.2 Syfte och frågeställning

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka vårdvalsreformens påverkan på den offentliga primärvårdens, Närhälsans, styrning i Västra Götalandsregionen från ett NPM-perspektiv.

Frågeställning

Vilken påverkan har vårdvalsreformen haft på styrning inom den offentliga primärvården, Närhälsan, i Västra Götalandsregionen från ett NPM-perspektiv?

2. Metod

I detta kapitel presenteras studiens tillvägagångssätt. Här presenteras även arbetsprocessen och hur data analyserades samt vilka svårigheter vi som författare stötte på.

2.1 Studieobjekt

Studien kommer att fokusera på Närhälsans vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. På grund av geografiska restriktioner passar den offentligt ägda och styrda Närhälsan oss väl som studieobjekt. Närhälsans vårdcentraler är uppdelade i nio verksamhetsområden. Vi har valt att rikta in studien på två av dessa områden. Genom att välja två områden istället för endast ett, kan likheter och skillnader mellan

styrningen av primärvårdsområdena respektive vårdcentralerna analyseras. Vidare har valet inneburit ett primärvårdsområde med en hög konkurrens mellan vårdens aktörer (delar av Göteborg), respektive ett med lägre konkurrens (Borås med kranskommuner) mellan dessa aktörer.

2.2 Respondenter och undersökningsgrupp

För att kunna avläsa hur styrningen av den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen har påverkats av införandet av Lag 2009:140 om ändring i Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763), den så kallade vårdvalsreformen, har det varit av största angelägenhet att finna respondenter som arbetat inom primärvården både före och efter införandet av vårdvalsreformen och under denna tid dessutom haft en god inblick i verksamheten och dess styrning. Preferensen var därför att respondenterna skulle ha varit anställda i den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen före 1 september 2009.

Eftersom vi var intresserade av både hur styrningen ser ut på den strategiska och den operativa nivån riktades intervjuförfrågningarna till primärvårdschefer samt vårdcentralschefer i respektive primärvårdschefers geografiska ansvarsområde. Genom mailkorrespondens och telefonsamtal bokades intervjuer. Vi kom i kontakt med en primärvårdschef ansvarig för delar av Göteborgsområdet samt en som hade ansvar för Borås med kranskommuner. Båda var villiga att låta sig intervjuas.

I Göteborgsområdet är konkurrensen hårdare, då vårdcentralerna ligger tätt. Detta medför att en kund relativt enkelt kan byta vårdcentral, utan att det påverkar dennes reseavstånd nämnvärt. I Boråsområdet är konkurrensen generellt sett lägre.

Primärvårdschefernas perspektiv på hur man skall styra sina vårdcentraler kunde därför tänkas se olika ut. Vi valde att intervjua två vårdcentralschefer från respektive primärvårdschefers verksamhetsområde. Valet av att intervjua två personer per område baserades på att konkurrensen för enskilda vårdcentraler kan se olika ut, även inom samma primärvårdschefers verksamhetsområde. Det kan också tänkas att vårdcentralscheferna tolkar direktiv olika och implementerar dem på olika sätt. Då VG Primärvårds uppgift är att ge god och säker vård på lika villkor till befolkningen

(Västra Götalandsregionen 2014a) ansåg vi att det var extra viktigt att få en bred bild av styrningen på operativ nivå, då det är där vården sker.

2.3 Metod och valda tekniker

En kvalitativ undersökningsmetod var naturligt för oss att använda då vi bedömde att det krävdes en djupgående undersökning för att kunna besvara vår frågeställning. Den information vi sökte efter önskade vi skulle bestå av bakomliggande faktorer till reformens påverkan på hur offentlig primärvård styrs för att kunna ge listade patienter den vård de behöver. Dessa bakomliggande faktorer kommer att ligga som grund för vår analys och i slutändan besvara vår frågeställning. En kvantitativ enkätstudie skulle i det här fallet helt enkelt ge för ytliga svar. Det finns ingen enhetlig mall för hur en kvalitativ studie skall genomföras utan kvalitativa metoder kan se olika ut beroende på studiens mål (Patel och Davidson 1991). Vi har utarbetat en metod som syftar till att besvara just vår frågeställning.

Vi har använt oss av personliga intervjuer med relativt öppna frågor för att samla in nödvändig information från respektive respondent. Intervjufrågorna konstruerades med syftet och frågeställningen i åtanke. Frågorna konstruerades något olika beroende på om respondenten var primärvårdschef eller vårdcentralschef. De behandlade samma ämnen, men konstruerades olika för att passa in på respektive respondentgrupps ansvarsområde. Vidare sorterades frågorna in under temaområden. Oavsett respondent inledde vi våra intervjuer med frågan: "Berätta kort om din egen karriär". Detta för att dels få relevant bakgrundsinformation om respondenten men även för att öppna intervjun på ett enkelt och betryggande sätt. Frågorna skickades inte i förväg ut till respondenterna då vi önskade spontana svar. Genom att använda så kallade öppna frågor och låta respondenten svara fritt kunde vi få ett rikligare underlag för vår analys. Detta kom senare att bli en synbar fördel för oss under vårt analysarbete. Spontana följdfrågor konstruerades på plats för att underlätta den dialog vi eftersträvade med våra respondenter (Jacobsen 2000).

Intervjuerna transkriberades ordagrant då vi behövde texterna i sin helhet under analysen. Information om respondenterna presenteras i empirikapitlet. Även om transkriberingen av intervjuerna var tidskrävande, drog vi fördel av att kunna arbeta

med ett komplett textunderlag i stället för att försöka oss på att analysera intervjusammanfattningar. Transkriberingen av intervjuerna genomförde vi löpande under intervjuarbetets gång för att kunna förbereda oss på bästa sätt inför kommande intervjuer. Det gav oss ett successivt lärande. Vi kunde anpassa framtida intervjuer efter intressanta synpunkter från respondenter som tidigare intervjuats. Anpassningen till framtida intervjuer skedde framför allt genom omformulering och utveckling av våra frågor. Vi märkte efter hand att vissa frågor skapade långa svar och inte alltid behandlade det vi behövde få svar på. Genom att omformulera frågorna men samtidigt behålla fokus på ämnet kunde vi få fram mer konkret och användbart material. Vi kunde även förbereda oss när vi märkte att det uppkom frågeställningar eller diskussioner vi behövde läsa in oss mer på för att, genom följdfrågor bättre kunna matcha de respondenter som väntade på att intervjuas (Jacobsen 2000).

Genom detta sätt att arbeta utvecklade vi successivt vår intervjuförmåga.

2.4 Förarbete och genomförande av intervjuerna

En kortare förundersökning om vilka respondenter vi hade att välja mellan gjordes via Närhälsans hemsida där primärvårdschefer samt vårdcentralschefer finns presenterade. Vi kom tidigt i kontakt med primärvårdschefen för område 5, dvs. Göteborgsområdet, som var villig att ställa upp på en intervju. Eftersom denna primärvårdschef ansvarar för Närhälsan i område 5 sökte vi därefter vårdcentralschefer som var villiga att ställa upp i samma område. Anledningen till att vi valde att kontakta primärvårdschefer först var att det helt enkelt finns färre primärvårdschefer än vårdcentralschefer och vi drog slutsatsen att det skulle vara svårare att få möjlighet att genomföra en intervju med dessa eftersom de fanns högre upp i ”hierarkin”. Kontakten med samtliga respondenter gjordes initialt via e-mail. I vissa fall följdes även mailkorrespondensen upp med telefonsamtal. Det första e-målet vi skickade till potentiella respondenter innehöll en presentation av oss studenter samt en kortare sammanfattning av vad studien skulle gå ut på och en beskrivning av varför det var viktigt för oss att den tilltänka respondenten skulle delta. Vi erbjöd oss redan i första kontakten att dela med oss av vår kommande studie för att motivera tillfrågade respondenter att medverka. Datum för intervjun bestämdes utifrån när respondenterna hade tid att träffa oss. Intervjuerna genomfördes på plats vald av respondenterna. I samtliga fall föll valet på deras arbetsplats.

Innan intervjun satte igång frågade vi om vi fick använda digital röstupptagare för att spela in intervjun samt om vi fick publicera respondenternas namn i studien. Samtliga respondenter godkände båda förfrågningarna. Under intervjuns gång delade vi upp arbetet. Den ene av oss fokuserade på att ställa de förberedda frågorna, den andre lyssnade och ställde följdfrågor där det behövdes. Några intervjuer genomfördes av endast en av oss. Varje intervju tog mellan 15-75 minuter beroende på respondentens tid och delvis också engagemang. När intervjuerna var genomförda tackade vi för att respondenten tog sig tid och erbjöd oss att skicka den färdiga rapporten.

2.5 Presentation och behandling av resultat

Resultatet presenteras utifrån de ämnesområden som intervjuerna behandlade. Det sker som löpande text baserat på respondenternas sammanfattade svar. Detta för att öka läsarens förståelse för resultatet. Frågor som behandlar liknande ämnen slås ihop och presenteras tillsammans under samma underrubrik. Vi väljer att presentera vilken respondent som säger vad när detta påverkar vidare analys. Resultatet kommer sedan att analyseras utifrån ett NPM-perspektiv. Innan resultatet presenteras kommer relevant bakgrundinformation att ges för att bidra till en ökad förståelse för den offentliga primärvården som organisation.

Inför analysen lästes intervjutranskriberingarna åter igen och de delar av svaren som var relevanta för just vår studie valdes ut. Analysen genomfördes på så sätt att vi gick igenom fråga för fråga och respondenternas svar. Dessa sammanfattade vi sedan under relevanta underrubriker.

Då primärvårdschefernas svar visade sig vara snarlika läggs inte fokus vid en vidare analys av deras syn på styrning sinsemellan. Detta innebär inte att primärvårdschefernas svar utesluts, utan istället analyseras mot vårdcentralschefernas. Analysen blir därmed mer givande och lägger istället fokus vid skillnader och likheter mellan primärvårdscheferna och vårdcentralscheferna samt vårdcentralscheferna sinsemellan.

2.6 Författarnas och respondenternas relation till studieobjektet

Eftersom det är människor vi studerar kommer resultatet baseras på deras subjektiva syn på verkligheten. Vi kan med andra ord säga att vi studerar den verklighet respondenterna upplever utifrån deras egna erfarenheter och kunskap. Denna verklighet är en individuell, social och kulturell konstruktion och inte nödvändigtvis en objektiv bild, om det nu skulle finnas en sådan bild (Backman 1998). Fokus på studien ligger på styrning vilket är ett komplext begrepp. Styrningen i detta fall är till stor del en relation människor emellan, därför är det mest lämpligt att genomföra kvalitativa intervjuer för att få respondenternas syn på styrningen (Jacobsen 2000).

Respondenterna är en del av organisationen och har endast möjlighet att se den "inifrån". Vi som studenter däremot har inte någon erfarenhet av sjukvårdsadministration och dess organisation sedan tidigare. Vår syn på styrning och organisation sträcker sig inte längre än till teori kopplat till utbildningen vi läser. Då vi befinner oss utanför organisationen har vi således en annan bild av verkligheten än våra respondenter. Situationen kan beskrivas som subjekt-subjekt. Vi som subjektiva möter respondenter som är subjektiva (Backman 1998).

För att lättare förstå respondenternas svar och deras situation som respondenter inledde vi med att samla information och läsa in oss på hur organisationen var utformad. Detta var en nödvändighet dels inför intervjuerna men även för att vi skulle kunna förstå fenomenet vi studerade.

2.7 Metoddiskussion

Ett problem med vald metod var att vi upplevde det svårt att få till intervjuer med tilltänkta respondenter, framför allt vårdcentralschefer. Av fem kontaktade primärvårdschefer fick vi två intervjuer och av tjugo kontaktade vårdcentralschefer fick vi fyra intervjuer. Viktigt för oss var att intervjuade vårdcentralschefer skulle ligga under samma område som de intervjuade primärvårdscheferna ansvarade för. På grund av detta krav hade vi ett en begränsad grupp respondenter att välja mellan.

Varför så pass många tilltänkta respondenter inte hade möjlighet att ställa upp på en intervju är svårt för oss att säga men vi skall försöka analysera detta kort. Det främsta skälet som de som tackade nej nämnde var att de inte hade tid. Kanske har det varit så att vissa avskräcktes att delta på grund av att vi bedömde tiden för intervjun till en timme vilket senare visade sig variera mycket. För att samla in ytterligare information hade vi kunnat skicka ett par frågor via e-mail till de som inte hade möjlighet att träffa oss för en intervju. Då skulle det bli problematiskt att metoden varierar mellan respondenterna vilket skulle kunna ifrågasätta analysen av vårt resultat. Även svarsfrekvensen på intervjufrågningarna var låg. Detta skulle kunna bero på att dessa tilltänkta respondenter inte var intresserade av att delta och därför inte tog sig tid att besvara e-målet. Under intervjuerna fick vi flera gånger reda på att det är vanligt att forskare ber om intervjuer. Kanske har flera möjliga respondenter tröttnat på att lägga ner sin tid på detta?

Att komplettera en kvalitativ undersökning med ett frågeformulär är många gånger ett bra sätt att få tillgång till bredare och mer varierad information (Widerberg 2002). Med tanke på syfte och frågeställning krävdes det en kvalitativ undersökning för att undersöka bakomliggande faktorer till reformens påverkan på styrningen. Då tidsramen för studien var begränsad bortprioriterade vi ett frågeformulär. Självfallet skulle studien få större validitet om vi hade haft fler intervjuer och därmed större underlag. Vidare kan vi med genomförda intervjuer diskutera huruvida urvalet av respondenter är representativt. Men målet var inte ett representativt urval utan ett strategiskt urval (Robson 1993). Eftersom samtliga aktörer arbetar utifrån samma direktiv efter införandet av vårdvalsreformen bör vi kunna få svar på vår frågeställning genom att intervjua de chefer som tackat ja till att medverka inom Närhälsan.

En av vårdcentralscheferna vi intervjuade hade inte arbetat som vårdcentralschef före reformen vilket innebar en svaghet för vår studie. Dock hade vi inte vågat utesluta denna respondent på grund av svårigheten att få andra tilltänkta respondenter att ställa upp i stället. Det visade sig att intervjun var givande trots detta.

Att vi inte hade möjlighet att närvara båda två vid samtliga intervjuer tror vi har spelat mindre roll för resultatet. I praktiken innebar det ingen större skillnad och vi har inte

heller märkt något av detta när vi analyserat resultaten från våra genomförda intervjuer.

Vi har tidigare nämnt att vi har utvecklat och omformulerat vissa frågor. Analysen av vårt datamaterial visar att detta verkar ha lett till ökad kvalitet på de fortsatta intervjuerna. Hade vi genomfört intervjuerna nu hade vi förmodligen förändrat frågorna en aning. Det som möjligtvis saknades var fler personliga frågor, dvs. hur respondenterna på ett personligt plan ställer sig till de stora förändringar som de fem åren inneburit och kanske också vad respondenterna anser om olika saker och ting de stött på i sitt arbete med att styra respektive verksamheter. Dessa frågor skulle förmodligen ha lett till aningen djupare analys. Men då hade också syftet fått preciseras lite annorlunda. Hur som helst har vi lärt oss mycket under arbetets gång i genomförandet av en för oss spännande studie.

2.8 Bortfall av data

Vissa svar som respondenterna gav har vi valt att inte ta med i resultatet, detta då vi anser att svaren inte är relevanta för vårt syfte eller frågeställning. Att vi har fått sådana svar beror på utformningen av våra frågor. Eftersom vi valde att arbeta med öppna frågor är det inte så konstigt att inte all insamlad information kan användas. Det har även varit så att vissa svar har varit så pass vaga att vi inte har kunnat tolka dem. Därför presenteras inte samtliga respondenters svar under samtliga underrubriker.

3. Teori

I kapitlet presenteras marknadstypen som har uppkommit i samband med vårdvalets införande. Vidare presenteras New Public Management-teorin tillsammans med några av huvudkomponenterna som utgör NPM. Slutligen framläggs aktuell kritik mot användandet av NPM-styrning inom hälso- och sjukvården.

3.1 Kvasimarknader

Efter införandet av vårdvalet har en kvasimarknad uppstått. Tanken med kvasimarknader är att den offentliga sektorn inte skall vara både beställare och utförare av tjänster. Istället skall den offentliga sektorn vara beställare av tjänster och köpa tjänsterna från privata, offentliga och frivillighetsorganisationer, som alla konkurrerar med varandra. Man går därmed från en monopolistisk marknad till en marknad som benämns "kvasi", då de skiljer sig på flera sätt från en traditionell marknad. På utbudssidan kan man se en skillnad då utförarna inte nödvändigtvis är ute efter att maximera sin vinst. På efterfrågesidan är köpkraften hos kunden inte specificerad i monetära termer. Istället tar den formen av en öronmärkt budget till ändamålet. Det är inte heller slutkunden av tjänsten som väljer att köpa den, vilket är normalfallet på en vanlig marknad, istället är det någon i slutkundens ställe som sköter beslutsfattandet (kommun-, landstingsfullmäktige osv.). Kvasimarknader skiljer sig alltså på minst ett av tre sätt från en traditionell marknad:

- Icke-vinstdrivande företag tävlar om offentliga kontrakt, ibland med vinstdrivande företag.
- Istället för rena pengar får aktören istället en voucher, (vårdpeng, skolpeng eller liknande).
- I vissa fall representeras konsumenten av ett ombud, istället för sig själv (Le Grand 1991).

Skapandet av kvasimarknader försvaras ofta med att det uppmuntrar en mer ekonomisk användning av resurser genom konkurrens jämfört med monopol. Ett annat argument är att resurserna fördelas på ett mer effektivt sätt. Om en kund inte är nöjd med sin leverantör, kan den byta till en konkurrent. De som förespråkar kvasimarknader använder ofta argumentet att fast det inte skulle bli några kostnadsbesparingar, så kommer det genom kundernas valfrihet, i alla fall att skapas en bättre resursallokering. Kritiker av traditionella marknader brukar hävda att dessa marknader skapar klyftor i samhället och orättvisor. Man kan tänka att kvasimarknader kan ha liknande problem, till exempel när det gäller selektivitet (Le Grand 1991). Det kan då uppstå så kallat russinplockande (eng. cream skimming) där leverantören av tjänsten enbart är intresserad av kunder som är lätta att ha att göra

med och som man tjänar pengar på (Hansson 2010). De här teoretiska positiva och negativa effekterna vid skapandet av kvasimarknader kommer att vara centrala att analysera i denna uppsats. Då skapandet av en kvasimarknad vid införandet av vårdvalet möjligtvis kan ha lett till att den offentliga primärvården tagit in typiska företagsrecept för att bemöta konkurrensen och då blivit inspirerade av att applicera ett NPM-synsätt i verksamheten.

3.2 New Public Management

3.2.1. Utveckling och innebörd

NPM-rörelsen uppkom i slutet av 1970-talet och början av 1980-talet i Storbritannien och USA. ”Lyckad” implementering av NPM-reformer ledde snart till att de allra flesta OECD-länder, samt många övriga länder följde efter (Gruening 2001). I slutet av 1980-talet skedde rationaliseringar och omstruktureringar inom offentlig sektor i Sverige som ligger i linje med de attribut som man tillskriver NPM. Redan under början av 1990-talet återfanns Sverige bland en liten grupp länder där NPM-reformer hade fått ett stort genomslag. Reformerna motiverades med att det var för allmänhetens bästa och det var teknisk sätt överlägsna lösningar som gav frihet och kostnadseffektivitet. Decentraliserat budgetsansvar (Rhenman 1969, Olson 1982, ref. i Hasselbladh, Bejerot, Gustafsson 2008), systematisk kostnadskontroll (Almqvist 2005, ref. i Hasselbladh, Bejerot, Gustafsson 2008) och ekonomisk uppföljning för de offentliga verksamheterna var några av de förändringar som mer och mer kom att användas som administrativa lösningar (Hasselbladh, Bejerot, Gustafsson 2008).

Reformerna som sköljde över världens offentliga sektorer på 1980-talet sågs inte till en början som någon teori. Inte förrän 1991 myntades uttrycket ”New Public Management” av den brittiske professorn Christopher Hood i boken ”A Public Management for All Seasons” och en teoribildning introducerades (Christensen och Laegreid 2002). Teorin är inte enhetlig utan olika forskare har olika infallsvinklar på ämnet. NPM kan därför ses som en komplex teori med många trådar. De flesta NPM-forskare brukar förklara det hela med att tala om en mix av olika styrningsverktyg från den privata sektorn som appliceras på den offentliga. Røvik (2007) menar, efter att ha granskat NPM-forskningen, att det finns framförallt tre teorier som det

”reformvänliga lägret” brukar referera till som ingår i denna mix. Det är public choice-, principal-agent- och transaktionskostnadsteorin. Andra menar att det är betydligt mer komplext än så. Gruening (2001) har sammanställt en lista med teorier som han anser utgör NPM och vad i dessa teorier som är centralt budskap samt vad som NPM-teoretikerna har lånat från andra teoribildningar. Detta illustreras i figur 1.

Characteristics of NPM and theoretical approaches

	Classical PA	Neoclassical PA	Public Choice	Austrian School	Principal-Agent	Property-Rights	Transaction Costs	NPA	Constitutionalism	Communitarianism	Discourse	Pol. Analysis	Rational PuMa	Organic PuMa
Budget Cuts	X	X	X	X								X	X	X
Privatization			X	X		X				X			X	X
Sep. Prov./Prod.			X		X		X							
Contracting Out			X	X			X			X			X	X
User Charges & Vouchers			X										X	
Customer Concept								X					X	X
Competition			X											X
Flexibility for Management													X	X
Sep. of Pol. & Admin.	X	X										X	X	X
Acc. for Performance	X	X			X							X	X	X
Decentralization	X	X	X	X	X		X	X		X			X	X
Performance Measurement	X	X			X							X	X	
Impr. Acc. & Financial Mt.	X	X			X								X	
Performance Auditing	X	X			X								X	
Strategic Planning & Mt.		X											X	X
Management Style		X						X					X	X
Personnel Management					X								X	X
Use of IT														
Legal Spending Constraints			X											
Improved Regulation			X											
Rationalzt. of Jurisdictions	X	X										X	X	
Rationalzt. adm. Structures	X	X										X	X	
Analysis and Evaluation		X										X	X	
Democratization & Particip.								X		X	X			

Figur 1. Karaktäristiska drag för NPM. Källa:

[http://ac.els-cdn.com.ezproxy.ub.gu.se/S1096749401000411/1-s2.0-S1096749401000411-main.pdf?_tid=ff6d3d98-ec4a-11e3-8948-](http://ac.els-cdn.com.ezproxy.ub.gu.se/S1096749401000411/1-s2.0-S1096749401000411-main.pdf?_tid=ff6d3d98-ec4a-11e3-8948-00000aab0f6c&acdnat=1401929440_f1345ccd0a12d9f441573e347ca98c5b)

[00000aab0f6c&acdnat=1401929440_f1345ccd0a12d9f441573e347ca98c5b](http://ac.els-cdn.com.ezproxy.ub.gu.se/S1096749401000411/1-s2.0-S1096749401000411-main.pdf?_tid=ff6d3d98-ec4a-11e3-8948-00000aab0f6c&acdnat=1401929440_f1345ccd0a12d9f441573e347ca98c5b) (Hämtad: 2014-05-22)

Som synes kan det vara svårt att definiera NPM utifrån vilka teorier som bör ingå. Då kan det vara lättare att förstå NPM genom att se på teoriernas kärnvärden som appliceras på NPM. Hood (1995) har sammanfattat, i sju punkter, vilka tendenser man brukar se i en offentlig sektor som tar in ett NPM-synsätt i förvaltningen:

- Det formella handlingsutrymmet och ansvaret för cheferna ökar
- Det blir ett kund- och resultatfokus
- En intern marknad uppstår där resultatenheter köper och säljer varor och tjänster till varandra.
- Resultat- och kostnadsansvaret blir decentraliserat och sammanhållna förvaltningar bryts upp till mindre organisationsliknande enheter.
- Kostnadseffektiviteten är central och rationaliseringar ligger i fokus.
- För att mäta effektivitet använder man tydliga och mätbara mål.
- Användning av modeller och metoder i verksamheten som man hämtat från den privata sektorn.

Då NPM är ett brett använt uttryck kommer vi i denna studie att använda oss av den mest basala andemeningen av ordet, dvs. företagsrecept som appliceras på offentlig sektor. Den här förenklade beskrivningen är problematisk då det är väldigt lätt att gå för brett. För vad är egentligen ett företagsrecept? Många av de styrverktyg som ses som företagsrecept och idéer är många gånger generella organisationsrecept. De har därmed inte nödvändigtvis spridits sig från privat till offentlig sektor (Røvik 2007). Analysen kommer därför att fokuseras på framförallt fyra distinkta ämnen som kan kopplas samman med NPM: decentralisering, konkurrens, kundperspektiv och prestation.

3.2.2 Decentralisering

Att undersöka om Närhälsan blivit mer decentraliserat efter vårdreformen är väsentligt i studien då en ökad decentralisering är en huvudkomponent i NPM-teorin. Decentralisering handlar om att sprida makt och inflytande. Detta uppstår ofta naturligt i större organisationer när en individ inte har möjlighet att hantera all information för att ta beslut. För att beslutet skall kunna tas krävs det ofta att beslutsansvaret fördelas på flera (Eriksson-Zetterquist, Kalling och Styhre 2006). Några positiva aspekter med decentralisering är att man kan ta till vara på lokala initiativ, minska organisationens sårbarhet samt effektivisera beslutsprocessen (Engellau 1982; Gustafsson 1988; Jonnergård 1972 refererad i Korsfeldt och Larsson 2014).

Decentralisering kan också ha en negativ påverkan, t.ex. på en organisations enhetlighet då beslutsfattandet sker längre ut i organisationen. Detta kan försvåra samordning mellan organisationens olika delar. På grund av detta har det diskuterats huruvida decentralisering är effekthöjande för organisationen eller inte (Engellau 1982; Gustafsson 1988; Jonnergård 1972 refererad i Korsfeldt och Larsson 2014). Något som talar för en ökad centralisering, dvs. motsatsen till decentralisering, är en ökad användning och utveckling av informationssystem. Detta hjälper till i beslutsprocessen, färre individer kan numera hantera en större mängd information (Eriksson-Zetterquist, Kalling och Styhre 2006). Røvik (2007) beskriver detta fenomen som en rehierarkisering av verksamheten. Tydliga tendenser finns till att det har skett en rehierarkisering i den offentliga verksamheten i de nordiska länderna under 2000-talet, enligt honom. Med rehierarkisering avser Røvik idéer och begrepp som handlar om att öka toppledningens makt över de underordnade. Detta sker på två sätt: Dels genom att man från ledningens sida försöker att få styrningssignaler att lättare tränga ned genom organisationen, dels genom att man implementerar formaliserade styrsystem.

3.2.3 Kundperspektiv

För att få en organisation att fungera krävs inte enbart att man uppmärksammar interna faktorer. Även yttre faktorer påverkar en organisation. Det krävs att de inre faktorerna samspelar med de yttre. Organisationer måste veta vilka de är till för. Allt mer populärt framstår införandet av kundbegreppet inom NPM. Vem som är leverantör och vem som är kund bygger på relationen dem emellan. Det krävs att parterna accepterar att de är leverantörer respektive kunder. Kundbegreppet är alltså mycket av en social konstruktion och skapas inte av en part utan i relationen mellan de båda parterna på en marknad. Genom användning av ett kundbegrepp inom offentlig sektor uppkommer en bild av att det finns en marknad och konkurrens. Detta leder till att styrningens fokus skiftar från reaktivt till proaktivt. Kunderna betraktas som lättflyktiga och kommer att välja en annan verksamhet om de inte är nöjda (Karlsson 2011). En studie utförd av språkkonsulten Ylva Byrman (2007) behandlar individers uppfattningar och attityder runt begreppet *kund*. Studien visar att 99 procent av respondenterna anser sig vara kunder när de handlar i en affär men enbart 16 procent anser sig vara kunder hos Försäkringskassan när det erhåller föräldrapenning. Byrman (2007) beskriver vidare två perspektiv av kundbegreppet.

Det första handlar om att kunden skall vara i fokus och en personlig relation skall eftersträvas. Det andra betonar vikten av en opersonlig relation till kunden. Dessa två perspektiv står i motsatsställning till varandra. Vidare diskuterar Byrman (2007) att en kund sägs ha större makt/inflytande jämfört med leverantören, kunden har möjlighet att "rösta med sina fötter" genom att välja en annan verksamhet att gå till när kunden inte är nöjd. När det gäller offentliga verksamheter har alla individer möjlighet, genom sin demokratiska rättighet, att utöva inflytande. Detta visar att begreppet *kund* är ett sammansatt begrepp (Byrman 2007).

Det har riktats kritik mot att använda kundbegreppet i offentlig sektor på grund av att det riskerar att förvandla invånarna från aktiva aktörer till passiva mottagare av tjänster. Vidare kritiseras begreppet inom offentlig sektor då kunderna inte alltid betalar för tjänsten som han/hon erhåller. Det sker alltså inget ekonomiskt utbyte. Utbytet beskrivs istället som socialt (Alford 2002).

3.2.4 Kritik mot NPM inom hälso- och sjukvården

Alla är inte överens om att NPM skall ha så stor påverkan på hälso- och sjukvården. Kritik mot detta har riktats från flera håll. Journalisten Maciej Zaremba har i sin uppmärksammade artikelserie i DN (2013) skrivit om hur NPM påverkar hälso- och sjukvården negativt. Denna artikelserie har lett till en stor debatt inom läkarkåren huruvida sjukvård bör organiseras efter andra principer än de som gäller på en marknad. I korta drag riktas kritik mot att man sätter ett "pris" på patienten beroende på vilket sjukdom denne har. Vidare riktas kritik mot all registrering och kontroll samt att byråkrater bestämmer vilka patienter som skall vara viktigare än andra och vad läkarna skall lägga sin tid på. Zaremba beskriver hur NPM-direktiv på flera sätt inte går hand i hand med god vård och patientfokus.

Stefan Löfven har i DN (2013) publicerat en debattartikel där han kritiserar nuvarande sjukvårdssystem samt förekomsten av allt för mycket administration. Löfven är kritisk mot "påhittade marknadssystem" och att behöva bedöma lönsamheten hos en patient. Löfvens förslag till förändring är att sjukvård måste utvecklas tillsammans med vårdens professioner. Mer resurser måste tilldelas vården för att täcka personalbrist.

Han anser att styrningen måste utgå från kompetens och yrkesetik, inte ifrån hur en marknad fungerar.

4. Empiri från insamlad data

I detta kapitel inleder vi med att presentera studieobjekt och respondenter. Vidare kommer vi att presentera bakgrundsinformation om primärvården samt vårdvalsreformen. Det krävs en viss förståelse för organisationen i helhet för att ha möjlighet att förstå resultatet. Därför kommer denna bakgrundsinformation presenteras före resultatet.

4.1 Presentation av studieobjekt och respondenter

4.1.1 Närhälsan

Närhälsan är namnet på primärvården som drivs i offentlig regi inom Västra Götalandregionen. Den 1 januari 2012 omorganiserades fem primärvårdsförvaltningar i Västra Götalandsregionen till en vilket innebar att den nya organisationen behövde ett namn. Då marknaden hade öppnats upp för privata aktörer kände den offentliga primärvården ett behov att ha ett egennamn för att särskilja sin verksamhet från de privata. Närhälsan var namnet som valdes efter bland annat en undersökning bland invånarna inom regionen. Närhälsan innehåller två av deras viktigaste värden, närhet och hälsa (Ölund 2013). Utöver vårdcentraler erbjuder även Närhälsan barnvårdscentraler, barnmorskemottagningar, gynekologi, rehabilitering, barn- och ungdomsmedicin samt ungdomsmottagningar. De har även jourcentraler som ger vård utanför vårdcentralernas ordinarie öppettider, på kvällar och helger (Kommunikationsavdelningen Västra Götalandsregionen 2014b).

4.1.2 Presentation av respondenter

Primärvårdschef Åsa Lind, benämns P1, verksamhetsområde 5

Åsa Lind är utbildad distriktsläkare. Något som hon började jobba som i slutet av 1980-talet. Vårdcentralschef har hon arbetat som, "i ganska många år". Under sin karriär har hon även arbetat som bland annat studierektor. Hon tillträdde posten som primärvårdschef för område 5 den 1 januari 2012, när de fem

primärvårdsförvaltningarna i Västra Götalandsregionen gick samman. Innan var hon primärvårdsområdeschef för ett mindre område i nordöstra Göteborg. Hennes område kallas V 5 och innefattar Angered, Östra Göteborg, Örgryte-Härlanda, Centrum (Göteborg) och Majorna-Linné. Hon har 13 vårdcentraler som ingår i hennes område, samt tre enheter som tillhör den beställda primärvården (ej konkurrensutsatta, bl. a. kris- och traumaenheten).

Primärvårdschef Maritha Bäck, benämns P2, verksamhetsområde 7

Maritha Bäck har 40 års erfarenhet av att jobba inom landstingsvärlden. Hon är utbildad sjuksköterska med flera vidareutbildningar. Hon har även läst pedagogik och arbetat med utbildning för regionkansliet i Västra Götalandsregionen. När vårdvalet infördes jobbade hon som vårdcentralchef för en större vårdcentral. Numera är hon primärvårdschef för område V 7, vilket innefattar Borås, Bollebygd, Mark, Tranemo, Svenljunga och Ulricehamn. Totalt är det 19 vårdcentraler som är hennes ansvar.

Vårdcentralchef Bertil Anséhn, benämns V1, Närhälsan Masthugget, Göteborg

Bertil Anséhn har jobbat som vårdcentralchef i nästan 30 år på nuvarande Närhälsan i Masthugget. Utöver sin tjänst som vårdcentralchef har han bland annat varit med och startat upp hemsjukvård i centrum. Han är distriktsläkare och har arbetat ungefär halvtid som chef och halvtid som läkare lite beroende på hur mycket administrativa uppgifter som uppkommit. Anséhn har även tidigare arbetat inom det militära som värnpliktsofficer och varit chef för vårdenheten på ett militärsjukhus.

Vårdcentralchef Kate Sjöblom, benämns V2, Närhälsan Gamlestadstorget, Göteborg

Kate Sjöblom har varit chef sedan 1978 när hon var 25 år. Hon har haft en lång karriär inom vården med olika befattningar på sjukhus. I slutet på 2008 började Sjöblom arbeta inom primärvården.

Vårdcentralchef Eva Johansson, benämns V3, Närhälsan Bollebygd, Bollebygd

Eva Johansson har jobbat inom vården sedan 1975. Hon är utbildad distrikts- och astmasjuksköterska. Innan 1990 jobbade hon på sjukhus som sjuksköterska. Johansson har även arbetat som distriktsköterska på barnvårdscentral. Sedan 2003 har hon arbetat som vårdcentralchef.

Vårdcentralschef Susanne Magnusson, benämns V4, Närhälsan Boda, Borås

Susanne Magnusson har varit anställd på Närhälsan i Boda sedan 2003 då hon började som avdelningschef. Sedan 2009 har hon arbetat som verksamhetschef. Innan hennes anställning på Närhälsan har hon jobbat som sjuksköterska.

I nedanstående tabell sammanfattas viktig information om respektive respondent och intervju.

Tabell. 1 - *Presentation av respondenter*

Benämning	Namn	Titel	Enhet/ansvarsområde	Intervjulängd	Transkribering	Intervjuare
(P1)	Åsa Lind	Primärvårdschef	Område 5, Göteborg med omnejd	48 min	Ja, 11 sidor	William, Peter
(P2)	Maritha Bäck	Primärvårdschef	Område 7, Borås med omnejd	34 min	Ja, 10 sidor	William, Peter
(V1)	Bertil Anséhn	Vårdcentralschef	Närhälsan Masthugget	1 h 13 min	Ja, 17 sidor	William, Peter
(V2)	Kate Sjöblom	Vårdcentralschef	Närhälsan Gamlestadstorget	28 min	Ja, 10 sidor	Peter
(V3)	Eva Johansson	Vårdcentralschef	Närhälsan Bollebygd	31 min	Ja, 9 sidor	Peter
(V4)	Susanne Magnusson	Vårdcentralschef	Närhälsan Boda	14 min	Ja, 5 sidor	William

4.2 Primärvård och vårdvalsreformen

Primärvården är den del av sjukvården som inte kräver sjukhusens speciella resurser. Den största delen av primärvården är förlagd till vårdcentraler. Utöver behandling och rådgivning ingår även i uppdraget att på flera olika sätt arbeta med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, bland annat utbildning samt delta i det lokala hälsoarbetet. Primärvården utgör en viktig del av den samlade vården i Sverige med över 1000 vårdenheter och kan även förekomma på sjukhus i samband med speciella kliniker.

Primärvården ansvarar för att patienter skall kunna få den vård de själva inte kan erbjuda samt vård dygnet runt (Prop. 2008/09:74).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall landstingen erbjuda god hälso- och sjukvård till alla bosatta inom landstinget ifråga. Före vårdvalet behövde de dock inte utföra vården i offentlig regi, utan fick med vissa undantag samarbeta och avtala med t.ex. privata aktörer när det gällde den vård de ansvarar för. Landstinget ansvarade vidare för att följa upp dels den vård som utfördes av landstinget själva men även den vård som utfördes på uppdrag av andra aktörer (Prop. 2008/09:74).

Den fjärde december 2008 lämnade regeringen över propositionen 2008/09:74 till riksdagen. Förslaget låg i linje med det som Statens offentliga utredningar föreslagit i sitt delbetänkande i "Utredningen om patientens rätt". Regeringen föreslog en lagändring av paragraf 5 i Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763) (se bilaga 10.1). Denna lagändring innebar i stort att:

1. Kravet på att alla invånare inom landstinget skulle ha tillgång till en fast läkarkontakt med en specialistkompetens inom allmänmedicin skulle tas bort.
2. Alla vårdgivare skulle behandlas lika om de följer landstingens uppställda krav. Kravet på tillgång till läkarkontakt med specialistkompetens inom allmänmedicin föreslogs strykas då det råder stor brist på denna typ av läkare i Sverige. Att kunna erbjuda denna tjänst ansågs därför inte realistisk. Regeringen menade att denna regel riskerade att begränsa utvecklingen i vårdvalssystemet. Patienten skulle enligt propositionen ha frihet att välja vårdgivare själv. Pengarna skulle följa patienten. Den konkurrens som uppstår menade regeringen skulle gynna nytänkande, kostnadseffektiva lösningar, ökat kvalitetstänkande samt ökad tillgänglighet.

Landstingen skulle få rätten att bestämma vilket ersättningssystem de ville använda samt vilka krav som man kunde ställa på vårdgivarna. Uppfyllde man kraven som landstingen ställde skulle man ha rätt att etablera sig och få offentlig ersättning. Privata vårdgivare skulle därmed få rätt att etablera sig inom primärvården på samma villkor som de offentliga. Riksdagen biföll propositionen den 25 februari 2009. Från första april 2009 togs kravet bort på att den fasta läkarkontakten skulle vara specialist

i allmänmedicin och från 1 januari 2010 började de andra lagändringarna gälla (Prop. 2008/09:74).

4.3 Primärvård i Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen bildades 1999 när landstingen i Bohuslän, Skaraborg, Älvsborg samt delar av länsstyrelsen, kultur och sjukvård i Göteborgs Stad slogs samman. Landstinget har 50000 anställda varav cirka 90 procent arbetar inom vården (Kommunikationsavdelningen Västra Götalandsregionen 2014a). Primärvården som ägs och drivs i offentlig regi av Västra Götalandsregionen går under namnet Närhälsan. Av totalt 209 vårdcentraler i Västra Götaland tillhör 117 Närhälsan (1177 Vårdguiden 2014).

Det högst beslutade organet inom Västra Götalandsregionen är regionfullmäktige med sina 149 förtroendevalda politiker. Tillsammans med regionstyrelsen styr de över hälso- och sjukvården i regionen. Västra Götalandsregionen tillämpar en modell kallad beställar-/utförarmodellen. Modellen innebär att man har separerat de olika politiska uppdragen som ägare, beställare och utförare. Tolv hälso- och sjukvårdsnämnder agerar som beställare och "beställer" sjukvård av utförarna d.v.s. vårdgivarna. Nämnderna kartlägger behovet av vård i sina respektive områden och sluter avtal med utförarna. Fullmäktige ansvarar för att fördela resurser mellan de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna och agerar ägare tillsammans med regionstyrelsen (Webbredaktionen Västra Götalandsregionen 2013). Det är även fullmäktige som har fastställt förfrågningsunderlaget och de bilagor som kallas Krav- och kvalitetsboken (Västra Götalandsregionen 2014a).

Krav- och kvalitetsboken är en manual för de privata och offentliga vårdgivarna på 78 sidor som är indelad i sju huvudkapitel. Den anger vilka administrativa rutiner som skall användas och hur uppföljning av arbetet skall ske. Den kom till när vårdvalsmodellen implementerades i Västra Götalandsregionen och har hittills reviderats fyra gånger (Västra Götalandsregionen 2014a).

För att bli godkänd som vårdgivare inom Västra Götalandsregionen måste man uppfylla kraven i Krav- och kvalitetsboken. Det är Västra Götalandsregionen som

bestämmer om leverantören skall bli godkänd som vårdgivare och om verksamheten skall upphandlas. För detta behöver man uppfylla vissa generella krav.

Kvalificeringskraven handlar till största del om att man har en sund ekonomi samt att det inte kan påvisas att man tidigare brustit i yrkesutövningen. Om det inte föreligger några hinder och leverantören kan visa att verksamheten kan bedrivas i linje med vad som framgår i krav- och kvalitetsboken skall denne få ett godkännande. Detta är viktigt. Alla som uppfyller kraven har alltså rätt att öppna upp en vårdcentral.

Konkurrensneutralitet anses mycket viktigt att slå vakt om. Men att bli leverantör av vård till Västra Götalandsregionen är ett stort ansvar. I uppdraget oblikeras vårdgivaren att följa givna direktiv för öppettider, vad för slags vårdmetoder man skall erbjuda, vilket vårdåtagande man har och hur patienter med särskilda åkommor skall få sina behov tillgodosedda. Man måste även följa uppsatta regler om hur läkemedelsbehandling skall ske, vårdhygien, sekretesskrav osv. (Västra Götalandsregionen 2014a). Listan är lång över lagar och regler man måste förhålla sig till, vilket känns naturligt då det är vård och omsorg av människor som det handlar om.

Förutom att det blev lättare för privata aktörer att komma in på marknaden då de fick verka under samma premisser som de offentliga, var en annan tanke med vårdvalsreformen att det skulle bli lättare för privatpersoner att välja vårdgivare. Västra Götalandsregionen har utformat regler kring detta som återfinns i Krav- och kvalitetsboken. Boende i Västra Götaland som vill lista sig hos en vårdcentral inom regionen har rätt att göra detta. Genom ett samarbete med Region Halland har man även rätt att lista sig där. Vårdgivaren har ingen rätt att neka någon att lista sig hos denne, om inte särskilda omständigheter råder såsom personalbrist. Det finns heller inga begränsningar i hur många listningar hos nya vårdcentraler som patienten får göra. Väljer man inte att aktivt lista sig blir man listad på den vårdcentral som är närmast ens bostad, detta kallas ickevalsprincipen (Västra Götalandsregionen 2014a). För att kunna jämföra vårdcentraler finns 1177 Vårdguiden. Det är en digital tjänst skapad av alla Sveriges regioner och landsting i samverkan för att man skall kunna hitta och jämföra vårdcentraler i hela Sverige (1177 Vårdguiden 2013). Det gör att kunden kan göra ett mer kvalificerat val när den skall lista sig. På hemsidan kan kunden bland annat byta vårdgivare, beställa tid och förnya recept (1177 Vårdguiden 2011).

4.4 Ersättning och kostnadsansvar i VG Primärvård

För att man skall vilja bedriva vård måste det finnas någon typ av incitament. Ersättningsystemet som Västra Götalandsregionen använder sig av består av tre huvuddelar. En fast ersättning för varje listad patient, en rörlig per besök samt en målrelaterad ersättning baserad på kvalitet och effektivitetsindikatorer (Västra Götalandsregionen 2014a). Alla landsting i Sverige använder i princip ett liknande system med dessa tre huvuddelar. Skillnaderna ligger i hur man väljer att vikta dessa delar mellan varandra och hur man formulerar ersättningsprinciperna (Anell, Nylinder och Glenngård 2012).

I Västra Götalandsregionen är det den fasta ersättningen som ger högst ersättning. Ålder och kön tillsammans med vårdtyngd står för cirka 85 procent av total ersättning i landstinget. Dessa två faktorer är ungefär lika stora när det kommer till ersättningsbelopp. Ålder och kön-ersättning baseras på viktning. Vissa åldersgrupper och kön inom dessa åldersgrupper är olika vårdintensiva, därför får vårdcentralerna ett högre belopp för en listad pensionär än vad man får för en listad person i 20-årsåldern. Vårdtyngden räknas ut genom något som kallas ACG-viktning (Västra Götalandsregionen 2014a). Många andra landsting har precis som Västra Götalandsregionen valt att lägga stort fokus på den fasta ersättningen. Den fasta ersättningen är minst 70 procent av total ersättning i Sveriges alla landsting, förutom i Stockholms läns landsting. De har valt att endast basera cirka 40 procent av ersättningen på detta. Istället baseras en stor del av ersättningen i Stockholms läns landsting på besöksersättning (Anell, Nylinder och Glenngård 2012).

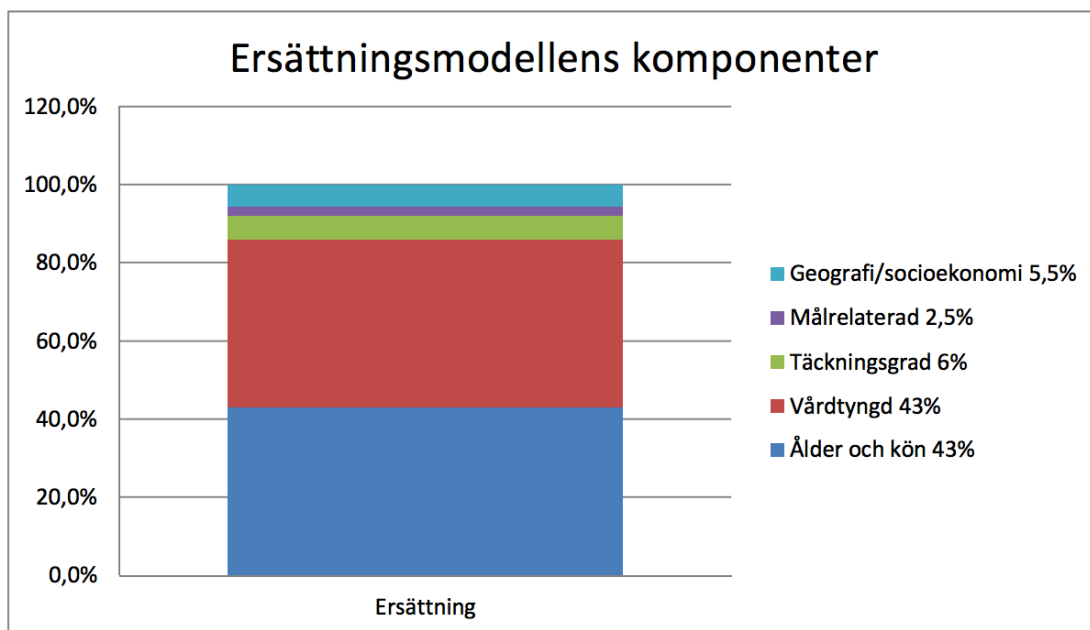
Målrelaterade ersättningar finns i två olika former i Västra Götalandsregionen, kvalitetsmått och täckningsgrad. Kvalitetsindikatorerna är 35 till antalet (Västra Götalandsregionen 2014a) vilket är flest för hela Sverige (Anell, Nylinder och Glenngård 2012). De vanligaste indikatorerna relateras till astma, ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni och KOL. Trots det stora antalet kvalitetsindikatorer står denna form av ersättning endast för cirka 2,5 procent av den totala ersättningen (Hellqvist och Trowald 2013). Sett nationellt, av de landsting som använder målrelaterade ersättningar, ligger denna ersättningsstorlek mitt emellan det landsting som lämnar lägst i målrelaterade ersättningar (1 procent) och det som lämnar högst (5

procent) (Anell, Nylinder och Glenngård 2012). Målrelaterad ersättning för täckningsgrad utgår till de vårdcentralerna som har en täckningsgrad på minst 50 procent och maximal ersättning ges när täckningsgraden är över 80 procent. Annorlunda uttryckt kan man säga att täckningsgraden beräknas på andelen öppenvårdsbesök som de listade gör hos verksamheter som vårdcentralen har kostnadsansvar för, genom andelen besök hos samtliga offentligt finansierade vårdgivare i Sverige exkl. bland annat riks- och regionssjukvård (*se bilaga 10.3*) (Västra Götalandsregionen 2014a).

En till ersättningspost är socioekonomiska faktorer som räknas ut genom Care Need Index (CNI). Sju faktorer räknas in i CNI och ger olika viktningspoäng (Västra Götalandsregionen 2014a). CNI är ett index som används av ett flertal svenska landsting (Anell, Nylinder och Glenngård 2012). Till hög socioekonomisk belastning som ger ersättning räknas bland annat andelen utlandsfödda¹, barn under fem år, arbetslösa och människor i olika arbetsmarknadsåtgärder. En vårdcentral som öppnar i ett socialt tungt område kommer därför att få en högre ersättning enligt denna princip. Geografiersättning sätts efter hur långt vårdcentralen har till närmaste sjukhus med akutmottagning, befolkningstätheten i vårdcentralens kommun, distans till närmaste större ort samt om vårdcentralen är belägen på en ö (Västra Götalandsregionen 2014a). Tillsammans står socioekonomiska faktorer och geografiersättning för ungefär 5,5 procent av ersättningen (Hellqvist och Trowald 2013).

Förutom de ovan nämnda ersättningsprinciperna finns ett antal andra ersättningsprinciper i Krav- och kvalitetsboken. Dessa är tolkersättning, familjecentrals- och samordningsansvarsersättning, ersättning vid utbildningsuppdrag och ersättning vid deltagande i vissa regionövergripande grupper. Då dessa ersättningar är relativt små och inte kan antas påverka styrningen nämnvärt för det vi undersöker, väljer vi att inte gå in på dessa faktorer mer än att nämna dem (Västra Götalandsregionen 2014a). I följande figur sammanfattas ersättningens olika delar.

¹ Med utlandsfödda avses länder i Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Sydamerika.



Figur 2. Ersättningens olika delar i Västra Götalandsregionen. Källa:
<http://www.vgregion.se/upload/Revision/VGPV%20Slutrapport%5B1%5D.pdf>

I Västra Götalandsregionen ges inte besöksersättning till vårdcentralerna (Anell, Nylinder och Glenngård 2012). Men om patienten väljer att besöka en annan vårdgivare har vårdcentralen ett kostnadsansvar i ett antal situationer. Detta gäller när patienten besöker en vårdgivare för insatser som ligger under den egna vårdcentralens uppdrag, vare sig det gäller inom landstinget eller i annat landsting. Vidare har vårdgivaren kostnadsansvar för de läkemedel, läkemedelsnära produkter, medicinska diagnosmetoder samt personliga hjälpmedel och behandlingshjälpmedel som patienterna kan tänkas behöva. Det ligger alltså i vårdgivarens intresse att patienten besöker den vårdcentral där patienten är listad. Patientavgifterna är dock olika beroende på om man besöker vårdcentralen man är listad hos (100 kr) eller besöker en annan vårdcentral (300 kr) (Västra Götalandsregionen 2014a). "Otrohetsbesök" blir därmed mindre angeläget för patienten.

5. Resultat från intervjuer

Kapitlet består av två delar: resultat från primärvårdschefer samt resultat från vårdcentralerschefer. För att presentera resultatet på ett enkelt sätt så kommer respondenternas svar sammanfattas nedan tema för tema. Dessa sammanfattningar

baseras på respondenternas respektive syn på reformen och dess påverkan.

Intervjuunderlaget finns att ta del av i bilaga 10.2.

5.1 Resultat från intervjuer med primärvårdschefer

5.1.1 Styrmodellen

Styrmodellen har förändrats drastiskt sedan vårdvalsreformen infördes. Tidigare hade nämndpolitikerna ett stort utrymme att driva sin politik i de olika hälso- och sjukvårdsnämndsområdena i Västra Götalandsregionen. Nu är det krav- och kvalitetsboken som sätter villkoren. Det tidigare systemet kunde leda till att de olika hälso- och sjukvårdsnämnderna prioriterade vårdcentralerna olika mycket. Detta kunde innebära att några vårdcentraler i ett område kunde bli gynnade eller missgynnade beroende på hur politikerna valde att fördela pengarna i budgeten. Göteborg fick en ganska så skral tilldelning av medel. Detta ledde till en generellt underfinansierad sjukvård. Numera har inte politikerna något mandat att styra utan det är Krav- och kvalitetsboken som styr enhetligt efter ersättningsreglerna.

”Ekonomitänket” var mindre än idag. Man styrde mer på mjuka parametrar och patientfokus var större. Balanced Score Card användes tidigare och man ville komma bort från ensidig sifferstyrning. Budgeten som tilldelades användes många gånger oaktsamt då nytt kapital fördes in när pengarna tog slut eftersom vården inte kunde upphöra bara för att kapitalet sinade. Idag är det ett större ekonomifokus vilket är en naturlig följd av den nya utarbetade ersättningsmodellen.

Styrkan med den nya ersättningsmodellen är att alla primärvårdsgivare nu har samma förutsättningar. Krav- och kvalitetsboken fungerar som en slags helig bok med samma direktiv för alla att följa. Primärvårdscheferna anser att det är bra att ersättningen inte bygger på prestationer då detta skulle kunna leda till att vissa svårbehandlade grupper inte kommer till om det skulle vara mindre lönsamt att behandla svårt sjuka patienter än patienter med relativt enkla problem.

Det nya styrsystemet har framtvingat nödvändiga förändringar på kort tid hävdar P2, primärvårdschef Borås med omnejd. Dessa förändringar hade säkert skett ändå men

under en längre tidsperiod. Det har inte varit de rent medicinska aspekterna som vårdcentralerna behövde bli bättre på utan bland annat tillgänglighet och bemötande. Nu anpassar man sig mer efter patientens behov och önskemål. Det finns dock möjligheter för förbättringar även i nuvarande system. Ersättningarna för kön och ålder som används är inte baserade på Västra Götalandsregionens vikter. Man har istället använt sig av Östergötlands och Blekinges vikter nämner P1, primärvårdschef Göteborg med omnejd. (Efter intervjuens genomförande har det bestämts att detta kommer att förändras och skrivas in i 2015 års Krav- och kvalitetsbok vilket innebär att Västra Götalandsregionen kommer få egna vikter för vårdtyngd. Dessa vikter kommer vara speciellt anpassade för regionen).

Den nya styrmodellen har påverkat handlingsutrymmet. Eftersom vården har blivit mer likriktad upplever vårdcentralerna generellt organisationen som mer toppstyrd och att handlingsutrymmet har minskat på grund av vårdens ökade likriktning. Om man ser till modellen stämmer inte detta helt utan det kan visa sig bli tvärt om. Så länge vårdenheterna sköter sig och sin ekonomi har de möjlighet att lägga undan pengar samt göra egna investeringar. En god ekonomi på enheterna innebär en större frihet.

5.1.2 Ekonomisk ersättning kontra patientkvalitet samt etiska dilemman med nuvarande ersättningsmodell

Den nuvarande ersättningsmodellen borgar för att patientkvaliteten för svagare grupper säkras. Extra ersättning ges vid behandling av äldre samt små barn. Dessutom ger diagnossättningen extra pengar. Tanken i systemet är att ju sjukare patienter man behandlar desto större är ersättningen till vårdgivaren.

Brist på besökstider kan leda till ett etiskt dilemma. Det finns ett begränsat antal möjligheter att ta emot patienter under en dag. Här måste vissa patienter prioriteras högre än andra vilket kan leda till missnöje hos patienter som ges lägre prioritet.

Ett annat etiskt dilemma kan vara att det ibland är svårt att rekrytera viss personal, vilket innebär att man inte kan tillgodose kraven som Krav- och kvalitetsboken ställer. Detta innebär att viten kan åläggas och en besvärlig situation uppstår. Eftersom det ofta är brist på läkare och fast personal måste man ibland ta hjälp av

bemanningsföretag. Personalen som är inhyrd känner inte samma tillhörighet till vårdcentralen efter som de bara gästarbetar där. Detta kan leda till att de inte tar det fulla ansvaret. Egna doktorer som jobbar fast på vårdcentralerna är att föredra då de känner för sina patienter på ett annat sätt än bemanningsläkare. Fast anställda läkare är viktigt för kontinuiteten och man arbetar mycket med detta.

5.1.3 Förändring mot en marknadsanpassad vård

Numera ser man patienterna som kunder i större utsträckning. Kundbegreppet tar sig uttryck i att man inte längre bara kan säga till kunden vad den behöver, utan man måste även lyssna och föra dialog. Innan såg personalen sig själva sig som experter, men efter införandet av vårdvalet, har de insett att det måste ske en tvåvägskommunikation om de inte skall tappa kunder. Det talas även om ett generationsskifte. Äldre patienter finner sig i att bli styrda och tillsagda på ett annat vis än yngre. De vill inte bli behandlade så. Därför har de blivit tvungna att ändra på sitt synsätt på patienten. Det handlar om ett gott bemötande och att vara på tårna hela tiden och se till vad kunden vill ha. De kan inte vara passiva utan måste ta väl hand om kunden när den kommer till vårdcentralen.

I och med vårdvalsreformen fick privata aktörer samma förutsättningar som landstingen att bedriva vård och konkurrera om kunderna. Många nya privata aktörer slog upp portarna, framförallt i centrala Göteborg. Naturligt ledde denna ökade konkurrens till att marknadsföringen av vårdgivarna ökade. Nu skickar man ut brev till alla nyinflyttade och är med på flertalet evenemang. Det finns ett problem i att många likställer primärvården med Närhälsan trots flertalet marknadsföringskampanjer, något man försöker åtgärda.

Utöver marknadsföringen handlar det mycket om att se var konkurrenterna befinner sig. Det handlar om att möta denna konkurrens, t.ex. om en privat konkurrent tänker öppna en barnvårdscentral så öppnar Närhälsan ett babycafé på närmast liggande vårdcentral. Det handlar alltså om att kontra och ligga steget före konkurrenterna.

Budgetar, utfall och prognoser är viktiga medel för att se hur enheterna ligger till. Vidare arbetar man mycket med att hålla koll på de parametrar som ger pengar, t.ex. antal listade patienter, listningspoäng, kvalitetsfaktorer samt teknisk grad. Den

utgiften som är mest intressant att se över är personalkostnader eftersom det är en stor del av verksamhetens kostnader tillsammans med läkemedel. Arbete med ACG-ersättningen har tagit större plats senare år för att det är den som genererar mest pengar.

Det rena ekonomiarbetet har blivit viktigare på senare år. Målen kan delas upp i två delar: ekonomiska verksamhetsmål och medicinska verksamhetsmål. Dessa delar skall helst gå hand i hand. De är beroende av varandra. Medicinska mål går inte att uppfylla om det inte finns en god ekonomi.

5.2 Resultat från intervjuer med vårdcentralsschefer

5.2.1 Styrmodellen

Den politiska styrningen har blivit mycket mer tydlig i och med att alla i regionen skall följa samma regelverk. Tidigare hade regionen ett eget budgetsystem, vårdcentralerna anpassades till vad befolkningen behövde vilket ledde till att de kunde se väldigt olika ut. Tidigare fanns det en större frihet och man kunde rikta in sig på en speciellt behövande kategori. Kostnadskontrollen har urholkat Göteborg som helhet litegrann, det är inte den egna organisationen som har ändrat sig utan framför allt de politiska villkoren. I och med vårdvalet och de bemannings- och ersättningsregler som finns blev vårdcentralerna mer likställda. Numera ser man på ersättningen och utför det som genererar pengar. Budgetstyrning var något som präglade vården före reformen. Man fick helt enkelt en budget och skulle hålla sig till den. Idag har de enskilda vårdcentralerna inom Närhälsan ingen tilldelad budget, utan det är politikerna som bestämmer totalbudgeten vilket är ett väldigt tilltalande system för dem, då de har "totalkontroll över kostnaderna".

Även vårdcentralsscheferna upplever att arbetet med att hålla koll på ekonomin har ökat i och med att vårdcentralerna inte längre får någon tilldelad budget (som ofta inte hölls). Istället för att bli tilldelad en budget måste man nu skapa sin egen ekonomi, därför har ekonomiarbetet fått en central roll i arbetet.

Krav- och kvalitetsboken styr helt och hållet. Vissa saker i Krav- och kvalitetsboken är väldigt tydliga men det finns även tolkningsmöjligheter däri. Tidigare fick man tänka till på utförarsidan, där fanns en ganska stor frihet. Nu måste man tänka till på beställarsidan istället. Det gäller alltså att hålla koll på vad man skall göra för att få de poäng som möjligtvis går att få.

När det gäller handlingsutrymmet är respondenterna inte helt överens. V1 (vårdcentralschef Masthugget) säger att systemet ger en mindre frihet men beskriver samtidigt handlingsutrymmet som på ett sätt är samma som tidigare, så länge enheten genererar pengar har man möjlighet att göra någonting för dem. Med pengar kommer frihet i form av att man t.ex. kan anställa personal. Vidare är mycket reglerat av beställaren i Krav- och kvalitetsboken. Det kan finnas vissa friheter i hur man genomför det som är beställt.

De andra respondenterna anser att de är mer låsta eller att handlingsutrymmet har krympt. V3 (vårdcentralschef Bollebygd) anser att ekonomifokus har lett till mer kontroll ovanifrån samt toppstyrning och nämner vidare att förr fanns ekonomin självfallet med i bilden men det var större patientfokus före reformens införande.

5.2.2 Ekonomisk ersättning kontra patientkvalitet samt etiska dilemman med nuvarande ersättningsmodell

Samtliga respondenter nämner att det är vården som ligger i fokus och att alla patienter behandlas lika. Dock finns det ett par etiska dilemman med nuvarande ersättningsmodell. Eftersom diagnosställningen genererar pengar har detta lett till en ”diagnosinflation”. Detta anses inte alltid vara medicinskt relevant. Vid minsta skavank sätts en diagnos. Samtidigt tar det mycket tid med all registrering och med det administrativa arbetet att lägga in alla parametrar i systemet. Denna kontroll anses ändå leda till att patienterna idag tas omhand bättre.

En annan nackdel med systemet och framför allt vårdvalsdelen är att patienter nu kan söka och lista sig hur och när de vill. Vissa patienter sätter i system att byta vårdcentral om de inte får som de vill och då hinner inte alltid journalerna med. Då syns inte vilka prover som är tagna eller vilka mediciner som är insatta. Detta skulle kunna leda till att vissa patienter därmed får sämre vård.

5.2.3 Förändring mot en marknadsanpassad vård

Det har skett en förändring av synen på patienten. Denna förändring har framför allt skett centralt med framtagandet av olika dokument, exempelvis affärsplanen.

Patienterna ses ofta som kunder utanför vårdcentralen. När de får behandling ses de som patienter. Kundbegreppet visar att kunderna inte är till för dem utan de är till för kunderna. För att alla inom verksamheten skall dra åt samma håll har de haft utbildningar och gruppsamtal för att institutionalisera begreppet. Samtliga respondenter känner av konkurrens eftersom reformen öppnat upp för en vårdmarknad. Lite beroende på i vilket område de undersökta vårdcentralerna verkar i varierar respondenternas svar.

V1 (vårdcentralschef Masthugget) nämner att konkurrensen är hård i centrala Göteborg men att den har en positiv verkan för verksamheten, konkurrensen hjälper till att avlasta Närhälsan. Han menar att marknaden räcker till då det var så pass underförsörjt tidigare. När det gäller reklam anser han att verksamheten får göra reklam för sig själv. Vad som anses vara viktigt för att vara konkurrenskraftig är enligt V1 att ha en fast bemanning och en bra medicinsk verksamhet.

V2 (vårdcentralschef Gamlestadstorget) möter konkurrens genom att agera så professionellt som möjligt. Vidare beskriver hon att det inte finns utrymme för att lägga tid på PR och reklam från enhetens sida på grund av att de är så pass slimmade och måste fokusera på att arbeta med det verksamheten går ut på.

V3 (vårdcentralschef Bollebygd) beskriver att de inte har gått ut med annonser eller liknande för att marknadsföra sig utöver det Närhälsan har gjort gemensamt. Dock har vårdcentralen haft öppet hus för att locka dit lokalbefolkningen och visa vad de har att erbjuda. För att möta konkurrensen beskriver hon att de måste värna om den kundbas de har genom att ge en bra vård, ha god kompetens och ett brett utbud, som i sin tur kan skapa ett gott rykte för vårdcentralen.

V4 (vårdcentralschef Boda) nämner att de jobbar med marknadsföring för att nå fram och visa vad de kan erbjuda för sina listade patienter. Samtidigt håller hon ständig koll på den privata konkurrenten i närheten där hon vidare nämner att det är viktigt att

alltid ligga steget före. Att ha ett bra utbud och ett lite annorlunda utbud är viktigt för att stå konkurrenskraftig. I detta fall har vårdcentralen t.ex. en prickmottagning dit befolkningen kan komma och se över sina födelsemärken. Detta är inte anpassat för de redan listade patienterna utan för att försöka få nya patienter att lista sig.

Den nya styrningen och förändringen mot en marknadssituation har lett till att nya resultatmått används av vårdcentralscheferna, bland annat: antal listade patienter, täckningsgrad, ACG, sjukfrånvaro och diagnosättning i förhållande till antal patienter som sökt sig till vårdcentralen. Även bokslutet är en viktig del för att hålla koll på hur det går rent ekonomiskt för vårdcentralerna. Utöver det ekonomiska är det även viktigt att hålla koll på kundundersökningar och enkäter för att se hur vårdcentralen ligger till kvalitetsmässigt. För att enkelt hålla koll på alla parametrar och uppföljning av dessa finns Näranalys² till hjälp.

5.2.4 Förändringar som reformen inneburit för vårdcentralschefer

V1 hävdar att Göteborg generellt har gynnats av reformen på bekostnad av omgivningen. Systemet upplevs labilt och komplicerat, varje månad kan ersättningen förändras beroende på hur listningen ser ut. Tidigare var det ofta överbelastat i Göteborg och den offentliga primärvården var mer inriktad på att behandla tyngre kroniska sjukdomar. Från att tidigare ha sysslat mycket med kroniker, äldre patienter och tunga sjukdomar har reformen inneburit en mindre grupp med friskare patienter. Denna förändring anses ha missgynnats en del av de äldre och svårt sjuka. Å andra sidan har det stora flertalet som inte behöver så mycket vård gynnats av att tillgängligheten har ökat. Framför allt är denna reform en tillgänglighetsreform, flera vårdenheter har öppnat och tillgängligheten har ökat vilket anses positivt. Det har blivit en anstormning av patienter efter vårdvalsreformen. Man söker numera för allt och ingenting. Det finns ingen egenvård överhuvudtaget. Detta anses som en konsekvens av den ökade konkurrensen, ju mer vård som erbjuds, desto mer vård vill man ha. Inom organisationen, framför allt på den nivå där vården möter patienten, har medvetenheten om ekonomin och vad arbetet med denna innebär ökat.

² Näranalys: IT-baserat stöd- och styrsystem för Närhälsan (Västra Götalandsregionen 2014b).

5.2.5 Framtidssyn

Enligt respondenterna är det framför allt två områden som måste förbättras i framtiden, modellen för ersättning samt bemanningen. Ersättningsmodellen upplevs som labil och behöver förändras. Förr fanns det inte särskilt många AT-läkare men i och med det nya ersättningssystemet lönar det sig med AT-läkare då de producerar mycket sjukvård samtidigt som de inte kostar särskilt mycket. Det går ganska bra för Göteborg, här finns många AT-läkare och utbildningen har ökat markant jämfört med tidigare. Göteborg gynnas av att läkare inte vill resa ut från Göteborg för att arbeta utan vill hålla sig i staden. I gengäld finns det regioner runt om där det finns färre AT-läkare. Vidare är läkarförsörjningen ett stort problem då det är lång "leveranstid" på läkare samt att det finns många flaskhalsar i utbildningen, bland annat att man måste kunna erbjuda praktikplatser. En utmaning som beskrivs är att få personalen att inse att genom att arbeta med det som genererar pengar till vårdcentralen kommer personalstyrkan att kunna öka i framtiden.

6. Analys

I analysdelen kommer resultatet att analyseras med hjälp av vald teori. Analysen kommer att utgå från fyra huvudpunkter: Decentralisering, konkurrens, kundperspektiv samt prestationsansvar och etiska dilemman. Dessa punkter valdes ut då de är alla viktiga ämnen inom NPM-forskningen och de mest intressanta observationerna från resultatet kunde bäst sammanfattas under dessa punkter. Analysen innefattar jämförelser mellan primärvårdschefernas gentemot vårdcentralerschefernas syn på styrning samt vårdcentralerschefernas syn sinsemellan.

6.1 Decentralisering

Decentralisering har att göra med ökat handlingsutrymme för enheter på lägre organisatoriska nivåer. Förändringen av handlingsutrymmet upplevs olika av tillfrågade respondenter. Resultatet visar ett samband mellan var i organisationen respondenterna befinner sig och hur handlingsutrymmet upplevs.

Primärvårdscheferna befinner sig högre upp i organisationen och upplever inte

förändringen av handlingsutrymmet på samma sätt vårdcentralscheferna. Att handlingsutrymmet upplevs som mindre av vårdcentralscheferna jämfört med hur det var före reformen infördes är förståeligt då organisationen har blivit mer standardiserad efter införandet på grund av Krav- och kvalitetsboken. Att en vårdcentralschef, V1, har samma syn på handlingsutrymmet som primärvårdscheferna är intressant. Detta skulle kunna bero på en god ekonomi på denna vårdcentral vilket leder till att mer resurser kan användas fritt av denna vårdcentralschef. Intervjun med V1 stärker detta påstående då han berättar att vårdcentralen har en god ekonomi. En sämre ekonomi innebär att primärvårdscheferna går in och tar kontroll vilket självfallet leder till att handlingsutrymmet för vårdcentralscheferna minskar.

Att gå från en tilldelad budget till att själva "tjäna" pengar har varit en stor omställning. Detta nya ersättningssystem har lett till ett skifte av makt inom organisationen. Vårdcentralerna har gått från att tidigare ha haft möjlighet att bestämma mer fritt om de budgeterade resurserna till att behöva rätta sig efter Krav- och kvalitetsboken. Till skillnad från vad NPM beskriver visar vårt resultat motsatsen. Makten har centraliserats och flyttats högre upp i organisationen. Hälso- och sjukvårdsnämnderna finns fortfarande kvar, men i och med införandet av Krav- och kvalitetsboken och att Regionfullmäktige bestämmer total budget för sjukvården i Västra Götalandsregionen har nämndernas formella makt minskat. Därmed går kommunikationen numera direkt från fullmäktige till vårdcentralerna via Krav- och kvalitetsboken. Dessa tendenser stämmer väl överens med rehierarkiseringen av verksamheter som skett i de nordiska länderna under 2000-talet (Røvik 2007).

Att den centrala makten är stor är något som framgår genomgående av resultatet och det är som sagt krav- och kvalitetsboken som begränsar vårdcentralschefernas verksamhetsinflytande. Däremot visar resultatet att det ekonomiska ansvaret hos vårdcentralerna har ökat. Här kan en decentralisering noteras. Att makt och inflytande har förflyttats från enheterna uppåt i organisationen kan ses som en naturlig följd då enheterna numera är tvungna att arbeta utifrån samma direktiv till skillnad från tidigare. Detta beror på att vårdcentralerna har blivit mer enhetliga och erbjuder mer eller mindre samma vård enligt Krav- och kvalitetsboken.

6.2 Konkurrens

Vårdvalsreformen samt tillkomsten av en primärvårdsmarknad har påverkat arbetet inom Närhälsan. Tidigare har primärvården agerat på en monopolistisk marknad då de privata enheterna före reformen inte hade möjlighet att verka under samma förutsättningar som de offentliga. Detta ledde till en skev konkurrenssituation. Idag kan privata och offentliga aktörer verka under samma ekonomiska förutsättningar och den marknadssituation som uppkommit kan liknas vid en kvasimarknad. Denna nya situation har lett till att Närhälsans vårdcentraler har blivit konkurrensutsatta. Synen på detta från primärvårdschefernas sida har varit att bemöta konkurrensen och stå konkurrenskraftiga gentemot den privata sektorns vårdenheter. Resultatet visar att vårdcentralerna syn på konkurrensen och bemötandet av denna är olika utifrån givna förutsättningar. Detta kan ha att göra med geografisk placering av enheten eller hur väletablerad enheten är. Vissa lägger t.ex. mer tid på marknadsföring, andra mindre. Att en väletablerad vårdcentral som funnits på samma plats i många år inte behöver göra reklam för sig på samma sätt som en nyöppnad vårdcentral är självklart.

Resultatet visar en intressant aspekt av den nyuppkomna konkurrensen. Konkurrensen ses inte alltid som besvärande utan den kan även ha en avlastande effekt. Denna avlastande effekt borde betyda att det finns utrymme för expansion av Närhälsan. Upplevs konkurrens som avlastande borde detta betyda att det finns ytterligare marknadsandelar att plocka. Huruvida expansion bör ske genom utökad verksamhet vid befintliga vårdcentraler eller öppnandet av nya kan diskuteras. Vidare kan det diskuteras huruvida en expansion bör ske överhuvudtaget. Finns det ouppfyllda behov som ingen tar sig an idag? Och finns det resurser för en sådan expansion? Finns resurserna är det en fråga om att kunna säkra hög kvalitet. Eftersom studien inte avhandlar de privata aktörerna kan en analys inte ske av hur de privata aktörerna bemöter konkurrensen från de offentliga aktörerna. En kvalitativ gissning är dock att eftersom det finns ett vinstintresse hos privata aktörer bör ett kontinuerligt arbete med att bibehålla och öka marknadsandelar även finnas här.

Lokaliseringen av vårdcentralerna spelar en stor roll för hur vårdvalsreformerna har påverkat dem. I Göteborg har konkurrensen ökat, samtidigt har de finansiella resurserna till vården i Göteborg också ökat. Ickevalsprincipen har påverkat

vårdcentraler, då folk som inte valde att aktivt lista sig tilldelades den vårdcentral som låg närmast dem när vårdvalet infördes. Detta borde ha gett incitament till nya vårdgivare att öppna vårdcentraler och på så sätt försöka locka till sig passivt listade patienter utan ett aktivt arbete från den nyöppnade vårdcentralens sida. Samtidigt visar resultatet att de undersökta vårdcentralerna tappade många av sina tidigare patienter när vårdvalet infördes. Detta är en naturlig följd av att fler aktörer skall dela på samma totala antal patienter. Störst konkurrens finns inne i de centrala delarna av Göteborg. I mindre kommuner utanför Göteborg har antalet listade patienter inte sjunkit lika mycket då nyetableringen av vårdenheter inte varit lika stor där. Här dras slutsatsen att vårdvalsreformen har haft mindre påverkan. Då befolkningen är begränsad och Närhälsans vårdcentraler redan innan vårdvalet hade den stora majoriteten av befolkningen inom kommunen redan listade hos sig var möjligheterna att etablera sig och få tillräckligt med listade patienter i dessa kommuner små för de privata vårdgivarna. Kraven i Krav- och kvalitetsboken gör att tröskeln att starta vårdverksamhet är relativt hög, vilket i sin tur leder till att dessa verksamheter är tämligen skyddade. Det finns även en garanti att det i samtliga kommuner i landstinget skall finnas en vårdcentral (Bjarneberg 2009). Detta innebär att även om det inte är ekonomiskt hållbart att driva denna vårdcentral kommer landstinget att bistå med resurser. Trots skillnader i konkurrens visar inte studien någon större skillnad i hur vårdcentralerna arbetar för att bibehålla och locka nya kunder. Däremot är marknadsföringen desto större på regional nivå. Att "Närhälsan" står framför alla vårdcentralers namn, till exempel Närhälsan Masthugget, kan ses i ljuset av att den offentliga primärvården blev konkurrensutsatt.

6.3 Kundperspektiv

Efter införandet av vårdvalsreformen har ett kundperspektiv introducerats. Detta kan ses som en naturlig följd av vårdvalet då vårdenheterna nu är beroende av sina patienter för att överleva på ett annat sätt än tidigare i och med det nya ersättningssystemet. Att istället se sina patienter som kunder är en tydlig riktning mot ett NPM-baserat tankesätt. Nackdelen med detta är att begreppet kund är inriktat på att generera pengar till verksamheten. Begreppet patient däremot beskriver någon som är behov av vård. Skulle detta nya kundbegrepp tas för långt kan man tänka sig att fokus förflyttas bort från det vitala i verksamheten, det vill säga att leverera vård till

behövande. Just i detta avseende kommer en allt för NPM-inspirerad styrning resultera i att fokus flyttas bort från patienten. Vidare är ett problem i detta fall huruvida individer ser sig själva som kunder när de besöker vårdcentraler. Detta kan leda till olika förväntningar hos respektive part.

Att se patienter som kunder skulle kunna beskriva patienternas ökade makt och inflytande genom val på ett bra sätt. Precis som på vilken marknad med konkurrens som helst kan patienterna nu välja en annan vårdgivare om de inte är nöjda. Huruvida kundens inflytande har förändrats utöver möjligheten att välja vårdcentral är svårt att säga utifrån studiens resultat. Det hade krävts en annan typ av undersökning med fokus på patientinflytande för att besvara den frågan.

6.4 Prestationsansvar och etiska dilemman

Resultatet bekräftar att fokus har skiftat från en mjukare styrning med fokus på patienten och kvalitet till en ekonomiskt inriktad styrning. Detta har tydlig koppling till teorin kring uppkomsten av kvasimarknader. När marknaden konkurrensutsätts måste aktörerna bli bättre på att hushålla för att överleva. Detta innebär dock inte att kvaliteten på vården måste ha minskat eller att patienter har fått det sämre.

Marknadssituationen och parametrar i Krav- och kvalitetsboken borgar för att kvaliteten hålls på en tillfredsställande nivå. Skulle kvalitet och patientnöjdhet minska hindras inte patienten från att söka annan vårdgivare, vilket i sin tur resulterar i en ersättningsförlust för denna tidigare listade patienten. Samtidigt är ersättningssystemet utformat på så sätt att en lägre patientnöjdhet resulterar i mindre ersättning. Kunden har även större möjlighet att jämföra vårdcentraler mot varandra på vårdguiden 1177 i diverse kvalitetsmått.

Det nuvarande ersättningssystemet innebär att vårdtyngd viktas, ersättningen baseras alltså på hur kostsamma olika patientgrupper är, mer kostsamma patienter genererar en högre ersättning. Här visar resultatet en tydlig skillnad mellan de två olika organisatoriska nivåerna studien behandlar. Primärvårdscheferna hävdade att systemet är utformat på så sett att ersättningen för en viss patientgrupp skall täcka kostnaderna för att behandla denna grupp. Den ökade ersättningen för sjukare patienter upplevs dock inte alltid som tillräcklig av vårdcentralcheferna. En relevant fråga är då om

detta skulle kunna innebära att vissa vårdgrupper trängs undan på grund av att de är för kostsamma att behandla eller om rättvisepincipen, det vill säga att vården skall ges efter behov, upprätthålls. En studie utförd av Vårdanalys visar att så inte är fallet utan att alla patientgrupper i stället har ökat sina besök efter vårdvalets införande (Janlöv et al. 2013). Även resultatet i denna studie talar emot en särbehandling av patientgrupper.

Missnöjet hos vårdcentralscheferna med det nya ersättningssystemet upplevs inte lika starkt som Zarembas syn på saken. Zaremba måste ses som en motståndare till NPM-direktiv inom hälso- och sjukvården, något som vi inte upplever någon vårdcentralschef vara. Zarembas syn på kontroll och mätning delas däremot många gånger av vårdcentralscheferna.

Precis som rapporten från de nordiska konkurrensmyndigheterna (2014) visar finns det belegg för att ersättningssystemet bör utvecklas. Resultatet visar att flera vårdcentralschefer känner en viss orättvisa när det gäller delar i ersättningssystemet. Det finns ingen speciellt genomgående del som anses vara orättvis utan vårdcentralscheferna har svarat olika genom att de tar upp det som de själva känner missnöje med. Även om inte Västra Götalandsregionens ersättningsmodell inkluderar prestationsersättning på samma sätt som Stockholms läns landstings ersättningsmodell, där en del av ersättningen utgår per besök, kan det diskuteras huruvida det finns en viss prestationsfaktor även i denna modell. Västra Götalandsregionens modell innehåller en ersättningsdel som baseras på diagnosättning. Detta kan leda till ett etiskt dilemma. En ”diagnosinflation” kan ha uppkommit och huruvida detta är medicinskt försvarbart har diskuterats av en vårdcentralschef. Att se en diagnos som en inkomstkälla istället för ett underlag för behandling skulle kunna vara ett extremt exempel på vad systemet skulle kunna leda till. Därför är det viktigt att läkarna tar sitt medicinska ansvar.

7. Slutsats

Studien visar att den största påverkan som vårdvalet har haft på den offentliga vårdens styrning är att de offentliga vårdcentralerna blivit konkurrensutsatta. Synen på denna nya situation och hur man möter den skiljer sig åt beroende på vem som svarar. Vårdcentralsscheferna möter konkurrensen genom att hålla en hög kvalitet på verksamheten. På så vis behåller de sina kunder samt lockar nya. Övrig marknadsföring är för vårdcentralsscheferna mindre viktig och ses som en ledningsfråga. ”Ovanifrån” har det kommit styrningsdirektiv med utmärkande drag av NPM, bland annat genom att ”trycka ned” ett kundperspektiv från att tidigare haft ett uttalat patientperspektiv. Ett allt för stort kundperspektiv kan leda till att verksamhetsfokus flyttas från att behandla patienter till att generera ersättning. Det nya ersättningssystemet som innebär att alla verkar utifrån samma ekonomiska villkor har även tagit stort utrymme. Det innebär i praktiken att styrningen har blivit mer likriktad eftersom alla måste följa Krav- och kvalitetsboken. De offentliga vårdcentralerna måste nu göra det som de får ersättning för. Styrningen har alltså riktats mer mot styrning genom ekonomiska incitament.

Studien visar att handlingsutrymmet för vårdcentralsscheferna har minskat. Detta minskade handlingsutrymme är en följd av alla krav som finns uppställda i Krav- och kvalitetsboken. På ett sätt kan man dock avläsa en ökad decentralisering då varje vårdcentral fullt ut har ett ekonomiskt ansvar för sin enhet. Denna decentralisering betyder dock inte att handlingsutrymmet upplevs större, eftersom begränsade ekonomiska ersättningar sätter snäva ramar för vårdcentralerna. Vårdcentralsschefer har riktat kritik mot att ersättningssystemet är underfinansierat. Ett potentiellt etiskt dilemma har uppkommit med det nya ersättningssystemet, diagnosinflation. Vissa grupper genererar mer ersättning till vårdcentralerna och anses mer eftertraktade. Det skulle kunna leda till att dessa grupper gynnas, medan andra trängs bort. Dessa tendenser har dock inte observerats i genomförd studie.

7.1 NPM och sjukvård, en bra kombination?

Det förefaller som om politiska beslutsfattare bakom vårdvalsreformen har svält NPM som styrverktyg utan att egentligen fundera över vilka konsekvenser detta kan få. Är sjukvård lämpad för marknadslösningar? Detta är något som är intressant att diskutera då sjukvård är något som uppstår när människor får ett behov som behöver tillgodoses. NPMs frammarsch inom vården idag innebär standardiserad styrning och mätning. Mycket är mätbart men inte allt. Att lägga ett allt för stort fokus på att mäta skulle kunna flytta fokus från den vården är till för – patienten. Studien har krävt möten och intervjuer med människor som arbetar inom vården. Något som ofta framhävs är vikten av en stark yrkesetik. Vården är till för att just ge vård till behövande. Detta borde anses som det absolut viktigaste inom organisationen. Mätning, registrering och ersättningsmodeller får inte överskugga detta.

8. Förslag på vidare forskning

Under genomförandet av studien förstod vi att läkarrekryteringsfrågan är mycket aktuell. Det skulle vara intressant att undersöka om man på något sätt kan anpassa systemet för att det skall bli lättare att rekrytera läkare. Vidare har vi fått reda på att det kan uppstå problem med kvalitet när man tar in bemanningsläkare eftersom dessa inte alltid känner samma ansvar för enheten då de endast arbetar som “gäster”. Här finns möjligheter att undersöka hur man skall kunna förbättra hanteringen och användningen av dessa läkare för att uppnå en genomgående högre kvalitet.

Vår fokus har legat på de offentliga vårdcentralerna. Det hade varit intressant att se hur de privata vårdcentralerna gör för att konkurrera med de offentliga. Detta är viktigt att undersöka då det kan finnas skillnader i hur de privata vårdenheterna arbetar för att uppfylla kraven i Krav- och kvalitetsboken. Möjligtvis kan det vara så att de offentliga vårdcentralerna kan lära av de privatas arbetssätt. I så fall skulle detta kunna leda till bättre vård och större samhällsnytta. Vidare hade det varit intressant att jämföra detta med vårt resultat för att se om likheter och skillnader finns och hur i så fall dessa återspeglas i styrning.

9. Källor

9.1 Tryckta källor

Alford, John. 2002. Defining the Client in the Public Sector: A Social-Exchange Perspective. *Public Administration Review*. 62: (3), 337–346.

Backman, Jarl. 1998. *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Byrman, Ylva. 2007. *Restaurangen har inga - Försäkringskassan har 9 miljoner: bruket av och attityder till ordet kund*. Examensarbete. Stockholms universitet, Stockholm.

Eriksson-Zetterquist, Ulla., Kalling, Thomas., Styhre, Alexander. 2006. *Organisation och organisering*. 3 uppl., Malmö: Liber.

Hultzkrantz, Lars., Söderström, Hans Tson. 1996. *Marknad och politik*. Stockholm: SNS förlag.

Hood, Christopher. 1995, The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting Organizations and society*. 20 (2/3): 93-109.

Jacobsen, Dag Ingmar. 2000. *Vad, hur och varför: om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, Runa., Davidson, Bo. 1991. *Forskningsmetodikens grunder*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Robson, Colin. 1993. *Real World Research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. 2. Uppl., Oxford: Blackwell.

Rövik, Kjell Arne. 2007. *Managementsamhället*. 2:1 uppl., Malmö: Liber.

Widerberg, Karin. 2002. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

9.2 Elektroniska källor

1177 Vårdguiden. 2011. *Tjänster på webben och i mobila enheter*.

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tjanster/E-tjanster-och-mobila-appar/>

Hämtad 2014-06-01

1177 Vårdguiden. 2013. *Om 1177 Vårdguiden*.

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Om-1177/Om-1177/>

Hämtad 2014-06-01

1177 Vårdguiden. 2014. *Hitta vård i Västra Götaland*.

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Hitta-varld/Vastra-Gotaland/#showmapview/hvq=v%C3%A5rdcentral%20n%C3%A4rh%C3%A4lsan>

Hämtad: 2014-07-25

Anell, Anders., Nylinder, Pia., Glenngård, Anna H. 2012. *Vårdval i primärvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-826-6.pdf?issuusl=ignore>

Hämtad: 2014-05-08

Bjarneberg, Anna-Lena. 2009. *Frågor och svar om nya vårdvalsmodellen*.

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Om-Vastra-Gotalandsregionen/Regionmagasinet/Regionmagasinet-nr-2-09/Fragor-och-svar-om-nya-varldvalsmodellen/>

Hämtad: 2014-05-09

De nordiska konkurrensmyndigheterna. 2014. *En vision för konkurrenspolitiken: med blicken mot 2020*.

http://www.kkv.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/nordiska/rap_nordic_vision_svenska.pdf

Hämtad: 2014-06-04

Gruening, Gernod. 2001. *Origin and theoretical basis of New Public Management*.
International Public Management Journal 4 (1) 1–25.

http://ac.els-cdn.com.ezproxy.ub.gu.se/S1096749401000411/1-s2.0-S1096749401000411-main.pdf?_tid=ff6d3d98-ec4a-11e3-8948-00000aab0f6c&acdnat=1401929440_f1345ccd0a12d9f441573e347ca98c5b

(Hämtad 2014-05-22)

Hansson, Lennart. 2010. *Vad vet vi om kundval: en forskningsöversikt*. Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm.

http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39841_1.pdf

Hämtad: 2014-06-04

Hellqvist, Anders., Trowald, Caroline. 2013. *Granskning av VG Primärvård*.

Göteborg: Ernst & Young.

<http://www.vgregion.se/upload/Revision/VGPV%20Slutrapport%5B1%5D.pdf>

Hämtad: 2014-05-13

Janlöv, Nils., Andersson, Agneta., Beckman, Anders., Sveréus, Sofia., Wiréhn, Ann-Britt., Rehnberg, Clas. 2013. *Vem har vårdrvalet gynnat?* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2013/2013-1-V%C3%A5rdval_webb_final.pdf

Hämtad: 2014-05-09

Karlsson, Tom. 2011. *Kundbegreppet inom den offentliga förvaltningen*.

<http://tskarlsson.wordpress.com/2011/10/28/kundbegreppet-inom-den-offentliga-forvaltningen-del-1-vad-ar-en-kund/>

Hämtad: 2014-06-03

Kommunikationsavdelningen Västra Götalandsregionen. 2014a. *Om Västra Götalandsregionen*.

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Om-Vastra-Gotalandsregionen/>

Hämtad: 2014-05-03

Kommunikationsavdelningen Västra Götalandsregionen. 2014b. *Om Närhälsan*.

<http://www.narhalsan.se/sv/startside/Om-oss/>

Hämtad: 2014-05-13

Korsfeldt, Thomas., Larsson, Hans Albin. 2014. *Decentralisering*.

Nationalencyklopedin.

<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/decentralisering>

Hämtad: 2014-06-01

Löfven, Stefan. 2013. *Välfärdens yrken måste få sin frihet och status åter*.

<http://www.dn.se/debatt/valfardens-yrken-maste-fa-sin-frihet-och-status-ater/>

Hämtad: 2014-07-24

Nilsson, Josefin., Jönsson, Stefan., Weber Persson, Maria. 2010. *Uppföljning av vårdval i primärvården*. Stockholm: Konkurrensverket.

http://www.kkv.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rap_2010-3.pdf

Hämtad: 2014-07-22

Proposition 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*. Stockholm: Socialdepartementet

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/11/71/76/18be3b95.pdf>

Hämtad: 2014-05-09

Vårdanalys. 2014. *Om vårdanalys*.

<http://www.vardanalys.se/Om-Vardanalys/>

Hämtad: 2014-07-22

Västra Götalandsregionen. 2013. *Delårsrapport beställd primärvård mars 2013*.
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Rapporter/N%C3%A4rh%C3%A4lsan%20best%C3%A4lld%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20del%C3%A5rsrapport%20mars%202013.pdf>

Hämtad: 2014-05-08

Västra Götalandsregionen. 2014a. *Krav- och kvalitetsbok*.
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Primärvård/KoK/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20VG%20Primärvård%202014,%20korrigering%20indikator%20200%20samt%20ny%20§3-1.pdf>

Hämtad 2014-06-01

Västra Götalandsregionen. 2014b. *Delårsrapport mars 2014 Styrelsen för beställd primärvård*.
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Rapporter/N%C3%A4rh%C3%A4lsan%20best%C3%A4lld%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20del%C3%A5rsrapport%20mars%202014.pdf>

Hämtad: 2014-05-08

Webbredaktionen Västra Götalandsregionen. 2013. *Så styrs hälso- och sjukvården*.
<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Sa-styrs-varden/>

Hämtad: 2014-04-28

Zaremba, Maciej. 2013. *Den olönsamma patienten - från läkekonst till bokföring*.
<http://www.dn.se/kultur-noje/hur-mycket-ar-en-patient-varld/>

Hämtad: 2014-07-24

Ölund, Jörgen. 2013. *Primärvården har bytt namn till Närhälsan*.
<http://www.narhalsan.se/sv/startsida/Nyheter/Fler-nyheter/Idag-bytte-Primarvarden-namn-till-Narhalsan/>

Hämtad: 2014-05-08

10. Bilagor

10.1 Hälso- och sjukvårdslagen

5 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan 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 något 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 tillämpas. *Lag (2009:140)*.

10.2 Intervjufrågor

Intervjuguide primärvårdschefer i Västra Götalandsregionen (VGR)

INLEDANDE FRÅGOR

- 1) Berätta **kort** om din egen karriär. (Avbryt om den tar för lång tid. Säg: Kan vi gå vidare?)
- 2) Säg något om viktiga frågor för en primärvårdschef i VGR.
- 3) Vilka är de två mest brännande frågorna just nu på din dagordning?

STYRMODELL

- 4) Beskriv några utmärkande drag för styrningen av den offentliga primärvården i VGR före vårdvalsreformen.
- 5) Nämn några styrkor respektive svagheter med den styrmodellen.
- 6) Det fria vårdvalets införande (lagen o valfrihet) i VGR (1 oktober 2009) ledde till en ny situation för den offentliga primärvården. Vad blev annorlunda? (Krav- och kvalitetsboken tillkom)
- 7) Över till mer specifikt beträffande nya styrmodellen: Något påtagligt nytt utöver ny ekonomisk ersättningsmodell för vårdcentralernas uppdrag?
- 8) Politikerna i varje landsting/region får själva bestämma hur ersättningssystemet ska se ut. Vad anser du bra/mindre bra med VGR: s modell?
- 9) Hur ser handlingsutrymmet ut för Närhälsans enheter idag jämfört med tidigare? Mer eller mindre självstyrning?
- 10) Finns det någon värdegrund eller värden som ni jobbar efter; ”God och trygg vård”? Hur visas dessa värdens betydelse konkret i styrningen?
- 11) Är styrningen densamma för samtliga primärvårdsenheter eller anpassas den utifrån t.ex. geografiskt läge, konkurrenshot?

RESULTATMÅTT

- 12) Vilka är dina viktigaste resultatmått för att följa upp vårdenheterna i ditt område?
- 13) Är det några av dessa mått som har blivit viktigare med tiden?
- 14) Ekonomisk ersättning kontra patientkvalitet: Hur slår ni vakt om att patientkvaliteten för svagare grupper/minoriteter tas tillvara med nuvarande ersättningsregler?
- 15) Kan du illustrera några etiska dilemman ni ställs inför med rådande styrmodell?

FÖRÄNDRING MOT EN MER MARKNADSANPASSAD VÅRD

- 16) Blev en stor förändring när det gäller antalet primärvårdsenheter i VGR i ett slag 2009. Hur har reformen påverkat den offentliga primärvården (Närhälsan) i VGR?
- 17) Har synen på patienten förändrats efter vårdvalsreformen? Ses patienter som kunder? Vad innebär det i så fall?
- 18) Har ni fått det bättre eller sämre ställt efter reformen?

AVSLUTANDE FRÅGOR

- 19) Vad anser du vara den största förändringen som skett för Närhälsan (primärvården i VGR) efter införandet av vårdvalsreformen?
- 20) Något vi glömt fråga om?
- 21) Något mer?

Har du någon skriftlig information som vi kan ha nytta av eller webbplats vi kan ha missat? Om jag får ditt visitkort skickar jag gärna den färdiga uppsatsen som Pdf-fil till dig.

STORT TACK FÖR ATT DU TOG DIG TID!

Intervjuguide offentliga vårdcentralschefer

INLEDANDE FRÅGOR

- 1) Berätta kort om din egen karriär.
- 2) Vad skulle du säga är dina viktigaste uppgifter som chef?
- 3) Det har snart gått 5 år sedan vårdvalsreformen. När du ser tillbaka på dessa år, vad kommer du att tänka på? Vad poppar upp i ditt huvud?

STYRMODELL

- 4) Beskriv några utmärkande drag för styrningen av primärvårdens enheter före vårdvalsreformen.
- 5) Hur har styrningen förändrats i och med vårdvalsreformens införande?
- 6) Vilken roll spelar Krav- och kvalitetsboken?
- 7) Har vårdcentralens (Närhälsans) handlingsutrymme förändrats efter införandet av vårdvalet? Är t.ex. vårdcentralen ”friare” än tidigare eller har ni fler direktiv att följa?
- 8) Vad är helt avgörande för att styrmodellen ska fungera?

RESULTATMÅTT

- 9) Vilka är dina viktigaste resultatmått för att kolla att ni ligger rätt?
- 10) Är det något av dessa mått som blivit viktigare med tiden?
- 11) Ekonomisk ersättning kontra patientkvalitet: Hur slår ni vakt om att patientkvaliteten för svagare grupper/minoriteter tas tillvara med nuvarande ersättningsregler?
- 12) Kan du illustrera några etiska dilemman ni ställs inför med rådande styrmodell?

MARKNADSANPASSAD VÅRD

- 13) Har er syn på patienten förändrats? Ses patienter som kunder? Vad innebär det i så fall?
- 14) Känner ni av konkurrens, i så fall från vem?
- 15) Om ja, arbetar ni för att möta denna konkurrens? Hur i så fall?
- 16) Vilket är ert viktigaste ”vapen” för att fortsatt stå starka och utvecklas i en mer dynamisk situation?

AVSLUTANDE FRÅGOR

17) Vad anser du är den största förändringen som skett efter införandet av reformen?

18) Hur ser du på framtiden?

19) Något vi glömt fråga om?

Avsluta som till primärvårdschefer.

10.3 Beräkning av täckningsgrad i VGR

Täljaren = de listade invånarnas alla besök (hos alla yrkeskategorier) vid/hos:

- Vårdcentraler inom VG Primärvård inklusive jouråtagandet kvälls- och helgöppen mottagning
- Privata vårdgivare med vårdavtal som motsvarar åtagandet inom VG Primärvård
- Specialister i allmänmedicin ersatta enligt lagen om läkarvårdsersättning
- Primärvård, motsvarande åtagandet inom VG Primärvård, i andra landsting och regioner
- Underleverantörer till vårdcentraler inom VG Primärvård

Nämnummern = de listade invånarnas alla besök, hos alla yrkeskategorier, hos samtliga offentligt finansierade vårdgivare i Sverige, det vill säga:

- Alla i täljaren
- Alla övriga offentliga och privata vårdgivare inom Västra Götalandsregionen, exklusive besök på riks- och regionsjukvårdsnivå, inskrivningsbesök samt registrerade besök enligt Socialstyrelsens lista över dagsjukvård baserad på Nord-DRG O
- Öppen länssjukvård i andra län, med samma undantag som i punkten ovan

Källa:

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Primärvård/KoK/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20VG%20Primärvård%202014,%20korrigering%20indikator%20200%20samt%20ny%20§3-1.pdf>