

JANNIS ANGELIS
ANNA HÄGER GLENNGÅRD
HENRIK JORDAHL

Att styra och leda en
VÅRD CENTRAL



Hur går det till och vad kan förbättras?

SNS FÖRLAG

Att styra och leda en vårdcentral

Att styra och leda en vårdcentral

HUR GÅR DET TILL
OCH VAD KAN FÖRBÄTTRAS?

Jannis Angelis

Anna Häger Glenngård

Henrik Jordahl

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys.

280 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS. Föreningen har verksamhet i Stockholm och på ett tiotal orter i Sverige och internationellt.

*Att styra och leda en vårdcentral. Hur går det till
och vad kan förbättras?*

Jannis Angelis, Anna Häger Glenngård och Henrik Jordahl

© Författarna och SNS Förlag 2016
Omslag: Allan Seppa
Grafisk form: Michelsen text och form
Tryck: E-print, Stockholm 2016

ISBN 978-91-86949-76-1

Innehåll

Förord	· 7
Sammanfattning	· 9
1. Inledning	· 15
2. Primärvård i Sverige	· 18
3. Vad kännetecknar god verksamhetsledning?	· 34
4. Så här gjordes studien	· 46
5. Managementkvalitet vid svenska vårdcentraler	· 58
6. Jämförelser mellan offentliga och privata vårdcentraler	· 73
7. Vad ligger bakom skillnaderna i managementkvalitet?	· 78
8. Management och vårdens kvalitet	· 82
9. Avslutande diskussion	· 86
Referenser	· 91
Appendix A Beskrivning av managementmetoder	· 95
Appendix B Regressionsresultat i kapitel 7	· 100
Appendix C Regressionsresultat i kapitel 8	· 102
Appendix D Bortfallsanalys	· 104
Referensgrupp	· 107
Publikationer	· 108

Förord

Primärvården har en central roll i det svenska sjukvårdssystemet och står för ungefär en femtedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård. Primärvårdens ryggrad utgörs av landets 1 200 vårdcentraler. Hur väl dessa vårdcentraler fungerar är följaktligen av stort intresse. I den här rapporten presenteras en systematisk undersökning av styrnings- och ledningskvalitet vid svenska vårdcentraler. Studien är genomförd av Jannis Angelis, docent i industriell ekonomi, Kungliga Tekniska högskolan och Institutet för Näringslivsforskning (IFN), Anna Häger Glenngård, ekonomie doktor och lektor vid företagsekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och Henrik Jordahl, docent i nationalökonomi, IFN.

Rapporten ingår i forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle* som SNS startade 2010. Programmet har sedan 2012 bedrivits i samarbete med IFN och avslutades 2015. Undertecknade har varit forskningsledare. Syftet med programmet har varit att ta fram forskningsbaserade underlag som kan bidra till förslag om hur det svenska systemet för produktion av välfärdstjänster kan förbättras. Programmet har bland annat belyst ersättningsmodeller, styrning och ledning, marknadsdynamik samt kvalitetskontroll vid produktion av välfärdstjänster. I en tidigare studie i programmet använde Angelis och Jordahl samma undersökningsmetod som i föreliggande studie för att undersöka äldreboenden, se rapporten *Att styra och leda äldreomsorg* från 2014. En fullständig publikationslista för programmet finns i slutet av den här rapporten.

Arbetet med denna rapport har kunnat genomföras tack vare ekonomiska bidrag från AFA Försäkring, Aleris, Attendo, Axcel, Bräcke Diakoni, Capio, Diaverum, EQT, IK Investment Partners, Investor, Jan Wallanders och Tom Hedelius stiftelse, Katrineholms kommun, Magnora, Nordic Capital, Nordic Healthcare Group, Praktikertjänst, Procuritas, Stockholms läns landsting, Sven och Dagmar Saléns stiftelse, Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk Försäkring, Team Olivia, Tillväxtverket, Triton, Täby kommun, Valedo Partners och Vinnova.

8

En referensgrupp under ledning av Catharina Barkman, dåvarande innovationsdirektör vid Stockholms läns landsting, har följt arbetet med rapporten. Referensgruppens medlemmar listas i slutet av rapporten. Å våra egna och SNS vägnar vill vi tacka för det stora engagemang som referensgruppens medlemmar visat och för de synpunkter som de lämnat på manuskriptet.

Ett speciellt tack till Mats Brommels för en utmärkt granskning av rapporten vid ett akademiskt seminarium. Tack också till de chefer som tagit sig tid och ställt upp på intervjuer och till de assistenter som genomfört intervjuerna och hjälpt till vid sammanställning av data. För analys, slutsatser och förslag svarar författarna själva. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS uppdrag är att initiera och presentera forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av viktiga samhällsfrågor. Vår förhoppning är att den här rapporten kommer att bidra till diskussionen om den svenska primärvårdens utveckling.

Stockholm i februari 2016

Ilinca Benson och Henrik Jordahl

Sammanfattning

Primärvården utgör grunden i den svenska hälso- och sjukvården. Den svarar för befolkningens behov av medicinsk behandling, förebyggande insatser och rehabilitering som inte kräver sjukhus- eller specialistvård. Denna vårdens »första linje« har i uppdrag att vara patientcentrerad och att samordna patientens behov av olika vårdgivare samt erbjuda kontinuitet i vårdkontaktarna. Genom införandet av det obligatoriska vårdvalet 2010 har var och en rätt att välja vårdgivare inom primärvården och ersättningen till vårdgivare följer individens val. Totalt går ungefär en femtedel av hälso- och sjukvårdens utgifter i Sverige till primärvården.

Men hur fungerar styrningen och ledningen i primärvården? Finns det systematiska variationer, t.ex. mellan privat och offentligt drivna vårdcentraler, eller beroende på verksamhetens ålder eller storlek? Hur står sig primärvårdens styrning i jämförelse med andra sektorer? Och hur påverkas primärvårdens kvalitet av hur den styrs?

Syftet med den här studien är att bättre förstå den operativa verksamheten inom primärvården, det vill säga hur väl enskilda vårdcentraler drivs, i syfte att identifiera förbättringsmöjligheter. Vi använder oss av en väletablerad undersökningsmetod som bygger på ett *best practice*-perspektiv, för att bedöma kvaliteten på styrning och ledning, så kallad managementkvalitet. Metoden, som har utvecklats av nationalekonomen Nicholas Bloom och John Van Reenen, har använts i omkring tio år för studier av över 10 000 verksamheter i ett tjugotal länder. Undersökningarna har omfattat verksamheter i en mängd olika branscher från tillverkningsindustri till vård och omsorg. I studierna har man kunnat påvisa att organisationer som har högre styrnings- och ledningskvalitet tenderar att prestera bättre i en rad dimensioner: de är mer produktiva, har högre tillväxt och bättre överlevnadsförmåga. De flesta studerade organisationer finns inom det traditionella näringslivet; men det finns också studier av vårdverksamhet som visar på ett positivt samband mellan styrnings- och ledningskvalitet och vårdkvalitet.

Den här studien ingår i ett större forskningsprojekt vars första del-

studie *Att styra och leda äldreomsorg* publicerades av SNS 2014 (Angelis och Jordahl 2014).

VILKA VÅRDcentraler INGÅR I STUDIEN?

Det finns drygt 1 200 vårdcentraler i Sverige. Antalet har ökat med närmare 20 procent sedan vårdval infördes i landstingen och regionerna. Nästan alla ny tillkomna vårdcentraler är privata. I dag drivs drygt 40 procent av vårdcentralerna i privat regi, varav ett tiotal utan vinstintresse som ekonomiska föreningar eller stiftelser. Privata vårdgivare stod 2013 för 35 procent av primärvårdens nettokostnad.

Samtliga vårdcentraler i Sverige som var listade av Socialstyrelsen 2014 kontaktades med förfrågan om att delta i studien. Totalt genomfördes intervjuer med verksamhetschefer på 119 vårdcentraler. 81 av vårdcentralerna är offentliga och 38 privata. Den genomsnittliga vårdcentralen i studien har funnits i 27 år, har 32 anställda, varav 7 läkare, samt drygt 8 700 listade personer.

Som väntat finns allmänmedicin angivet som verksamhetsområde vid alla vårdcentraler som ingår i studien. Andra vanliga verksamhetsområden är barnhälsovård, diabetes och astma.

15 procent av verksamhetscheferna är läkare medan 65 procent är sjuksköterska eller distriktssköterska. 76 procent är kvinnor. Cheferna har i genomsnitt arbetat i 7 år på sin nuvarande arbetsplats och har 6 års erfarenhet som verksamhetschef.

SÅ GJORDES STUDIEN

Intervjustudien genomfördes under hösten 2014 och våren 2015. Undersökningsmetoden består av en enkätmall med öppna frågor som täcker in 19 styrnings- och ledningsmetoder fördelade på tre områden:

1. *Funktioner och processer.* Här studeras om vårdcentralen har genomtänkta rutiner och arbetsprocesser, hur man arbetar för att tillvarata lärdomar och om det finns ett systematiskt förbättringsarbete.

2. *Målstyrning*. Här studeras om det finns tydliga mål för vårdcentralens verksamhet, om målen följs upp samt om det finns en överensstämmelse mellan olika mål.
3. *Incitament och personalutveckling*. Här ställs frågor om huruvida det finns utvecklade processer för att attrahera kompetent personal samt behålla, utveckla och befordra medarbetare som presterar väl. Här studeras även om vårdcentralen har processer för att se till att den som inte klarar av sina arbetsuppgifter får lämna sin position.

Frågorna är anpassade för att vara relevanta för primärvården. Efter intervjun poängsätter intervjuaren varje styrnings- och ledningsmetod på en skala från 1 (*worst practice*) till 5 (*best practice*), utifrån de svar som erhållits, enligt i förväg bestämda kriterier. I praktiken innebär ett värde på 1 att metoden inte används i verksamheten, ett värde på 3 att metoden finns tillgänglig men inte används i större utsträckning, och ett värde på 5 att metoden används på ett genomtänkt och utförligt sätt.

Den låga svarsfrekvensen, 10 procent (119 av 1197 vårdcentraler), innebär att studiens resultat måste tolkas med viss försiktighet. Utifrån den bortfallsanalys som genomförts avviker vårdcentralerna som ingår i studien inte särskilt mycket från alla vårdcentraler i Sverige. En skillnad, som vi tar hänsyn till genom att använda vikter i analysen, är att privata vårdcentraler är underrepresenterade i studien.

STUDIENS RESULTAT

Svensk primärvård har generellt sett god styrning och ledning. Lägstanivån är relativt hög; knappt några vårdcentraler har riktigt dålig styrning och ledning. Den höga nivån är inte förvånande med tanke på den utbredda flödes- och processorienteringen inom sjukvården, samt att verksamhetsprocesserna på en vårdcentral inte är lika komplicerade som på ett äldreboende eller på ett sjukhus, bland annat eftersom personalens arbete är mer självständigt.

Hög genomsnittlig total styrnings- och ledningskvalitet

Vårdcentralernas totala styrnings- och ledningskvalitet varierar mellan 2,68 och 4,79 på den femgradiga skalan, med ett genomsnitt på 3,73. Detta tyder på att den genomsnittliga styrnings- och ledningskvaliteten är god men att den skiljer sig mycket åt mellan vårdcentraler. Som jämförelse kan nämnas att svenska äldreboendens genomsnittliga styrnings- och ledningskvalitet ligger på 3,45 och svenska företag i allmänhet på 3,18, enligt tidigare studier.

Vårdcentralerna får högst genomsnittspoäng på området Funktioner och processer, 4,20. Detta område har också lägst spridning. Cheferna har, enligt studien, väl definierade ansvarsområden. Denna styrningsmetod får högst poäng, 4,66, av samtliga 19 undersökta metoder.

Precis som för svenska äldreboenden, och svenska företag generellt, verkar det finnas störst förbättringspotential när det gäller hur vårdcentralerna arbetar med incitament och personalutveckling. Detta område har lägst medelvärde, 3,06. Spridningen i poäng mellan vårdcentraler är stor för detta område och ganska många vårdcentraler får låga poäng. Vårdcentralerna är enligt studien sämst på att använda belöning av högpresterande personal som styrmedel: metoden får 2,67 poäng i genomsnitt.

Privata vårdcentraler har något högre managementkvalitet än offentliga

I studien jämförs resultaten för privata och offentliga vårdcentraler. De privata vårdcentralerna får i genomsnitt 0,14 enheter högre totalpoäng på styrnings- och ledningskvalitet än de offentliga. Den största skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler handlar om incitament och personalutveckling. På detta område ligger privata vårdcentraler i genomsnitt 0,30 enheter över de offentliga (privata får 3,26 poäng och offentliga 2,96).

Privata vårdcentraler som tillhör större företag som driver minst tre vårdcentraler får ungefär samma poäng som privata vårdcentraler i allmänhet. Styrnings- och ledningsarbetet vid en vårdcentral tycks alltså

inte gynnas av att erfarenhet och kunskap om den här typen av metoder är tillgängliga inom samma företag, vilket var fallet när det gällde äldreboenden.

Skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler är relativt stabil och kvarstår efter att vi i analysen tar hänsyn till en rad olika variabler som kan tänkas påverka resultatet, såsom storlek, ålder och de listade personernas socioekonomiska bakgrund.

Att de privata vårdcentralerna har något högre styrnings- och ledningskvalitet antyder att de offentliga är i större behov av förbättrad styrning och ledning. Det kan också indikera att vårdcentralernas styrning och ledning har förbättrats i takt med att privata vårdcentraler har etablerats, inte minst efter införandet av det nationella vårdvalet.

Samtidigt måste vi betona att den genomsnittliga skillnaden mellan offentliga och privata vårdcentraler är av begränsad storlek och mycket mindre än skillnaderna inom varje regiform. Både den vårdcentral som har högst uppmätt styrnings- och ledningskvalitet och den som har lägst total styrnings- och ledningskvalitet drivs i privat regi.

Högre styrnings- och ledningskvalitet på vårdcentraler

vars listade personer har sämre socioekonomiska förutsättningar

De vårdcentraler som har listade personer med sämre socioekonomiska förutsättningar (mätt som CNI, Care Need Index) har högre poäng på total styrnings- och ledningskvalitet, framför allt när det gäller målstyrning. Det är intressant mot bakgrund av att dessa vårdcentraler också har mindre nöjda patienter. En tänkbar förklaring är att vårdcentraler som har mer utmanande patienter måste fokusera på breda prestationsmål som täcker in många aspekter. De extra resurser som tilldelas dessa vårdcentraler kan tänkas ge utrymme för verksamhetscheferna att arbeta med ett bredare fokus. Dessutom kan det krävas hårdare målstyrning för att vårdcentraler med mer utmanande patienter ska nå upp till lagstadgade krav. Personalen på sådana vårdcentraler kan också ha ett större behov av att deras prestationer följs upp och kommuniceras.

Chefserfarenhet från näringslivet har ett positivt samband med styrningskvalitet

Ledarskaps erfarenhet från privat sektor uppvisar ett positivt samband med total styrnings- och ledningskvalitet. Verksamhetschefens tid på vårdcentralen uppvisar däremot ett negativt samband. Båda dessa samband är statistiskt signifikanta. De privata vårdcentralernas något högre poäng på styrnings- och ledningskvalitet tycks delvis bero på att man rekryterar andra typer av chefer, till exempel personer med erfarenhet från privat sektor.

Hur påverkar styrning och ledning väntetider och patientupplevd vårdkvalitet?

Patienter vid vårdcentraler med hög total styrnings- och ledningskvalitet får oftare besökstid hos en allmänläkare inom sju dagar. Skillnaden är ungefär fem procentenheter om vi jämför vårdcentraler som skiljer sig ett steg på den femgradiga skalan för managementkvalitet. Det får betraktas som ett starkt samband, inte minst med tanke på att det handlar om den andel av patienterna för vilka den nationella vårdgarantin uppfylls. Det är områdena Funktioner och processer samt Målstyrning som är avgörande för sambandet med besöksväntetider.

Vårdcentraler med högre poäng på styrning och ledning har även något högre patientupplevd vårdkvalitet (som mäts i den nationella patientenkäten). Nästan undantagslöst gäller dock att dessa samband inte är statistiskt säkerställda. Styrnings- och ledningskvalitet verkar alltså ha större betydelse för väntetider än för patienternas uppfattningar om vårdens kvalitet.

I.

Inledning

Hur bra fungerar styrning och ledning på svenska vårdcentraler? Har man koll på det arbete som utförs och vad som kan förbättras? Sätter man upp utmanande mål och följer upp om de nås? Arbetar man aktivt med att rekrytera, utveckla och behålla talangfulla medarbetare? Svaren på dessa frågor kan säga mycket om hur smidigt verksamheten bedrivs.

I den här rapporten studerar vi styrning och ledning operativt på vårdcentraler i syfte att bättre förstå verksamhetsdrift och förbättringsmöjligheter inom primärvården. Fördelarna med systematisk verksamhetsdrift har påvisats i flera tidigare studier av olika verksamheter, men utan att fokus har riktats mot primärvården. Vi hoppas även fylla en lucka bland de utredningar och forskningsrapporter om den svenska primärvården som tillkommit efter det nationella vårdvalets införande.¹ Sedan vårdvalet infördes har antalet vårdcentraler ökat med 20 procent.² De allra flesta nya vårdcentraler är privata och i dag drivs drygt 40 procent av landets vårdcentraler i privat regi. Denna vårdvalsreform har inneburit stora förändringar i primärvården och verkar så här långt ha förbättrat både valfrihet och tillgänglighet.³ Mot denna bakgrund jämför vi styrning och ledning på privata och offentliga vårdcentraler samt på vård-

1. Strax före publiceringen av den här rapporten överlämnade den nationella samordnaren Göran Stiernstedt slutbetänkandet *Effektiv vård* till regeringen. Utredningen (SOU 2016:2) framhåller Sveriges sjukhustunga vårdstruktur med en svag och begränsad primärvård som en bidragande orsak till ineffektivitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

2. Vårdval i primärvården infördes successivt bland landstingen och regionerna från 2007 och är obligatoriskt sedan 2010 efter en ändring i hälso- och sjukvårdslagen.

3. Glenngård (2015a).

centraler som skiljer sig från varandra på andra sätt, till exempel med avseende på storlek och ålder.

För att bedöma kvaliteten på styrning och ledning, så kallad managementkvalitet, använder vi oss av en väletablerad undersökningsmetod, som bygger på ett *best practice*-perspektiv. Metoden går ut på att genom telefonintervjuer med verksamhetschefer identifiera hur styrning och ledning går till på den enskilda vårdcentralen. Utifrån intervjuerna poängsätts vårdcentralernas styrning och ledning enligt en mall som möjliggör kvantitativa jämförelser mellan organisationer. Metoden har använts i flera länder och branscher och visar att organisationer med god managementkvalitet tenderar att prestera bättre i flera dimensioner: de är mer produktiva, har högre tillväxt och starkare överlevnadsförmåga. Detta gäller både i konkurrensutsatta och i mindre konkurrensutsatta miljöer. De flesta studerade organisationer finns inom det traditionella näringslivet (inklusive tillverkningsindustrin och tjänstesektorn), men även sjukvård har undersökts. God managementkvalitet verkar enligt dessa studier vara viktig även inom vården. Exempelvis har patienter visat sig ha bättre överlevnadschanser på sjukhus där styrning och ledning baseras på systematik och etablerade managementmetoder.⁴

I en tidigare studie har vi använt samma metod för att studera styrning och ledning inom äldreomsorgen.⁵ Den studien visade att styrning och ledning i genomsnitt fungerar relativt väl på svenska äldreboenden men med stor variation mellan olika boenden. Äldreboenden som drivs av stora företag hade i genomsnitt högre managementkvalitet än de som drivs av kommuner, mindre företag eller ideella organisationer. Däremot var det inte lika lätt att hitta tydliga, starka och stabila samband mellan managementkvalitet och äldreomsorgens kvalitet. Flera av Socialstyrelsens processmått på omsorgskvalitet från Äldreguiden var högre på äldreboenden med högre managementkvalitet, men det fanns inga samband mellan managementkvalitet och de äldres nöjdhet med omsorgen.

I den här rapporten kartlägger och jämför vi styrning och ledning på svenska vårdcentraler. Vi finner att svenska vårdcentraler håller en hög lägstanivå på styrning och ledning. Jämfört med äldreboenden använder vårdcentraler managementmetoder på ett mer utvecklat sätt. Vi finner även att privata vårdcentraler i genomsnitt har högre managementkvalitet än landstingens och regionernas vårdcentraler. Skillnaden är dock av

4. Bloom m.fl. (2010a); Chandra m.fl. (2013); McConnell m.fl. (2013).

5. Angelis och Jordahl (2014).

begränsad storlek och statistiskt osäker. När det gäller personalfrågor är skillnaden större. Styrning och ledning av privata vårdcentraler verkar ge bättre förutsättningar för att personalen ska utföra sina arbetsuppgifter väl. Vi undersöker också samband mellan vårt mått på managementkvalitet och SKL:s kvalitetsmått för vård och väntetider (från Nationell patientenkät och Väntetider i vården). Högre managementkvalitet visar sig hänga samman med kortare väntetider. Däremot finner vi inget statistiskt säkerställt samband mellan managementkvalitet och patienternas nöjdhet.

Dessa resultat är intressanta av åtminstone två skäl. För det första utgör primärvården en viktig del av svensk sjukvård, vars ekonomiska effektivitet vi inte vet så mycket om, speciellt inte operativt på enhetsnivå. För det andra har tidigare managementstudier med den metod vi använder enbart behandlat sjukhusvården, vilket gör primärvården till ett outforskat område.

Rapporten har följande struktur. I kapitel 2 presenteras svensk primärvård för att ge förståelse av rådande förhållanden och den miljö vårdcentraler verkar i. I kapitel 3 och 4 beskrivs de managementmetoder vår studie bygger på och hur vår datainsamling har gått till. Svenska vårdcentralers uppmätta managementkvalitet redovisas sedan i kapitel 5, följt av en detaljerad jämförelse mellan offentliga och privata vårdcentraler i kapitel 6. I kapitel 7 undersöker vi vad som kan förklara vårdcentralers managementkvalitet och i kapitel 8 undersöker vi samband mellan managementkvalitet och vårdkvalitet. Rapporten avslutas i kapitel 9 med en diskussion av resultaten.

2.

Primärvård i Sverige

Primärvården utgör grunden i den svenska sjukvården. Det är dit man i första hand ska vända sig när man har problem med sin hälsa. Primärvården är en del av den öppna hälso- och sjukvården och står för omkring en femtedel av hälso- och sjukvårdens totala utgifter i Sverige. Landstingen och regionerna⁶ har en skyldighet att organisera primärvården så att alla kan få välja en utförare och få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.⁷ Detta är reglerat i lag sedan 1 januari 2010.⁸ Varje vårdcentral har en verksamhetschef, som måste vara en namngiven person. Många verksamhetschefer i primärvården har ofta en annan professionell bakgrund än som läkare, ofta som sjuksköterska. Det är verksamhetschefens skyldighet att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.⁹ Vårdens aktörer är enligt lag också skyldiga att arbeta systematiskt med patientsäkerhet, inklusive rutiner för avvikelserapportering, och att stärka patienters ställning i

6. Det finns 11 landsting och sex regioner samt Gotland som är en kommun med landstingsuppgifter och regionalt ansvar. Tre av regionerna har funnits en längre tid (Skåne, Västra Götaland och Halland) och de övriga sex tillkom i januari 2015: Jönköping, Örebro, Gävleborg, Östergötland, Kronoberg och Jämtland.

7. I Sverige är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan stat, landsting/regioner och kommun. Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. Staten ansvarar också för tillsyn av all hälso- och sjukvård. Landstingen och regionerna ansvarar för att organisera och finansiera hälso- och sjukvården så att alla medborgare har tillgång till god vård i enlighet med sina behov. Kommunerna ansvarar för vård och omsorg av äldre och funktionsnedsatta.

8. Hälso- och sjukvårdslagen § 5.

9. Hälso- och sjukvårdslagen § 29.

vården.¹⁰ Verksamhetschefen har även ansvar för att utse en fast vårdkontakt för patienten – om detta är nödvändigt för att tillgodose patientens behov eller om patienten begär det. Vid varje vårdcentral måste också finnas en namngiven läkare som är medicinskt ansvarig. Verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren kan vara samma person men i de flesta fall innehas dessa tjänster av olika personer.

I det här kapitlet presenteras primärvårdens roll, organisation och skillnader i egenskaper som kan vara av relevans för vårdens styrning och ledning. Det handlar både om organisatoriska skillnader mellan vårdcentraler och skillnader som kommer av att de 21 landstingen och regionerna, som är sjukvårdshuvudmän, har implementerat olika primärvårdsmodeller. Avslutningsvis listas implikationer för studien av dessa skillnader.

Primärvårdens roll

Generellt ska primärvården utgöra en första vårdnivå och omfatta sådan vård som inte kräver de resurser som återfinns vid sjukhus. Den ska svara för befolkningens behov av den sortens medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte förutsätter sjukhusens eller specialistvårdens resurser och kompetens.¹¹ Den verksamhet som bedrivs inom primärvården ska vara patientcentrerad snarare än sjukdomscentrerad. Det innebär att primärvården ska ta ett helhetsgrepp om patienten. I primärvården arbetar läkare och sjuksköterskor som är specialiserade på ett bredare kompetensområde (till exempel allmänmedicin och geriatrik) jämfört med specialistutbildade läkare som arbetar vid sjukhus. Kontinuitet i kontakten med patienten, samordning av patientens behov med olika vårdgivare och förebyggande arbete brukar också lyftas fram som viktiga inslag.¹² Primärvård definieras alltså ofta inte i termer av innehåll utan i relation till sin plats i hälso- och sjukvårdssystemet. Vilka specifika vårdtjänster som måste ingå varierar mellan landsting och regioner. Landstingen och regionerna kan välja att vara olika detaljerade vad avser primärvårdens uppdrag i sina villkor för att vårdgivare ska få bedriva primärvård. Mot bakgrund av den utveckling

10. Patientsäkerhetslagen 2010:659; SOSFS 2011:9.

11. SFS 1982:763, 5 §.

12. Starfield (1994); Lester och Roland (2009).

som innebär att en allt större del av arbetet inom hälso- och sjukvården kan ske utanför sjukhusen förändras också primärvården kontinuerligt, både när det gäller arbetsmetoder och vårdens innehåll. En utmaning för primärvården är att förväntningarna på dess innehåll tenderar att öka med tiden och att uppdraget blir allt större och bredare.

Även om det finns skillnader i vad olika huvudmän lägger i primärvårdens uppdrag finns det en samsyn om primärvårdens grundåtagande. Socialstyrelsen har i en genomgång från 2010 beskrivit hur landstingen och regionerna ser på primärvårdens roll. Genomgången visar att alla landsting och regioner lyfter fram några gemensamma mål som primärvården förväntas uppfylla:¹³

- Primärvården ska tillhandahålla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
- Primärvården ska ha god tillgänglighet.
- Primärvården ska vara lyhörd gentemot invånarnas behov.
- Primärvården ska samordna vårdinsatser mellan olika aktörer och medverka till en sammanhållen vårdprocess.
- Den vårdenhet som en medborgare är listad hos ska vara ett naturligt förstahandsval när hen söker hälso- och sjukvård.

Primärvårdens organisation

Landstingen och regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ge alla invånare möjligheter att välja vårdgivare inom primärvården utan begränsningar till visst geografiskt område inom landstinget/regionen. Ersättningen till vårdgivare ska följa individens val. Vårdvalssystemen ska dessutom utformas så att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Givet dessa förutsättningar är det upp till varje huvudman att avgöra hur villkoren på vårdvalsmarknaden utformas. Därför finns det skillnader i uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar mellan vårdenheter i olika delar av landet. När vårdvalsystemen konstruerats har mål och prioriteringar varierat. Utgångsläget, det vill säga förutsättningar och

13. Socialstyrelsen (2010).

traditioner när det gäller primärvårdens organisation, har också varierat mellan olika landsting och regioner.

Det går att urskilja två sätt som huvudmännen har valt att organisera primärvården på. Dessa sätt styrs av hur brett man har valt att definiera primärvårdens uppdrag. I Stockholms läns landsting har man valt att ge primärvården ett förhållandevis smalt åtagande jämfört med resten av landstingen och regionerna. Ju bredare åtagande man ger primärvården, desto större krav ställs på vårdgivare att ta ansvar för de listades behov av öppenvård. Till exempel justeras ersättningen till vårdgivare i flera andra landsting och regioner utifrån listade individers utnyttjande av all öppenvård.

Det är viktigt att beakta *hur* arbetet på en vårdcentral går till eftersom det påverkar användningen av managementmetoder. En allmängiltig beskrivning av arbetet vid en vårdcentral och de olika personalkategoriernas roller är dock svår att ge. Det beror på att verksamheten är olika organiserad på olika vårdcentraler. Skillnaderna kommer sig dels av att olika landsting och regioner ställer olika krav på vårdgivare, dels av att vårdgivare har olika verksamhetsmodeller. Det vanligaste sättet att organisera arbetet är dock i team där skilda personalkategorier arbetar tillsammans.

Patientens första kontakt med vårdcentralen sker oftast via telefon eller vid ett besök på öppen mottagning. En majoritet av landets vårdcentraler har öppen mottagning till specialistutbildade sjuksköterskor en eller flera dagar i veckan. Vanligen är det också en specialistutbildad sjuksköterska som antingen svarar då man ringer eller, ifall telefonväxeln är automatiserad, som ringer upp. Vid samtalet guidas patienten till egenvård eller till rätt vårdgivare (primärvård eller annan vård) beroende på vilken typ av problem det gäller. Om det är aktuellt med ett besök hos primärvården bokas detta in hos den typ av personal som bäst kan möta patientens behov – till exempel en läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller psykolog. Enligt vårdgarantin¹⁴ har man som patient rätt till kontakt med primärvården samma dag som man söker vård och rätt till

14. Vårdgarantin innebär en lagstadgad rättighet att få vård inom en viss tidsgräns. Akut vård berörs inte av vårdgarantin. Vårdgarantin i sin nuvarande form blev en del av hälso- och sjukvårdslagen 2010 och från den 1 januari 2015 ingår den i den nya patientlagen. Tidsgränserna benämns 0–7–90–90 dagar och innebär kontakt med primärvården samma dag man söker (0 dagars väntetid) via telefon eller besök, läkarbesök i primärvården inom sju (7) dagar om detta bedömts behövas, besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar med eller utan remiss, och behandling/operation påbörjad inom 90 dagar efter beslut om behandling.

Vårdvalet och listningsprinciper

Kombinationen valfrihet för individer, etableringsfrihet för vårdgivare och ersättning till vårdgivare som följer individers val har successivt införts i svensk primärvård sedan mitten av 2000-talet. Halland var först ut 2007. Västmanland och Stockholm följde efter 2008 och Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland 2009. Resterande landsting införde vårdval 2010 då det blev obligatoriskt i lag. Efter en ändring 2010 i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5 § gäller att:

»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).«

Det är landstingens och regionernas ansvar att utforma sina enskilda modeller för primärvården, utifrån den nationella lagstiftningen. I praktiken hänger skillnader mellan olika primärvårdsmodeller samman med hur brett man definierar primärvårdens åtagande. Ju bredare åtagande man ger primärvården, desto större krav ställs på vårdgivare att ta ansvar för dem som är listade vid vårdcentralen. Det tar sig uttryck i vilka krav som vårdgivare måste uppfylla för att få etablera sig (ackrediteringsvillkor), principer för ersättning och kostnadsansvar för vårdgivare samt principer för styrning och uppföljning av vårdgivare. En tydlig skiljelinje går mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting och regioner. Primärvården i Stockholm sticker ut med ett smalt åtagande jämfört med resten av landet där man eftersträvar en sammanhållen primärvård och därför har tilldelat vårdgivare ett bredare uppdrag med omfattande kostnadsansvar för listade individers konsumtion av öppen vård. Stockholms läns landsting är också ensamt om att enbart tillämpa aktiv listning. Här förblir individer olistade till dess att de besöker en vårdcentral eller listar sig på annat sätt. Alla andra landsting och regioner tillämpar en kombination av aktiv och passiv listning, där individer som inte gjorde ett aktivt val då vårdvalet infördes automatiskt listades på den vårdcentral där de gjort sitt senaste besök, alternativt enligt geografiskt avstånd till vårdcentralen från bostaden (i den ordningen).

ett läkarbesök inom sju dagar, om ett sådant besök bedöms bäst möta patientens behov. Vid själva besöket blir patienten inskriven av en sekreterare i receptionen och får sedan träffa den man har bokat besök hos. Den som bemannar receptionen kan vara utbildad sjuksköterska, medicinsk sekreterare eller ha annan sjukvårdsbakgrund eller en bakgrund inom administration.

Personalkategorierna på en vårdcentral har lite olika arbetssätt. Sjuksköterskor delar ofta sin tid mellan öppen mottagning på bestämda tider en eller flera dagar i veckan samt tidsbokade besök. Andra personalkategorier, inklusive läkare, arbetar i normalfallet med tidsbokade besök. Läkare har dock ofta en dag varje vecka reserverad för akuta besök. Själva arbetet är relativt oberoende till sin natur. Personalen har relativt stor frihet att bestämma hur enskilda arbetsmoment ska utföras. Det finns till exempel inga exakta riktlinjer för hur en läkare ska bemöta eller undersöka sina patienter.

Skillnader mellan landets vårdcentraler

Landets vårdcentraler skiljer sig åt på flera sätt. Varje vårdcentral har egenskaper som påverkar hur verksamheten kan och bör bedrivas. Till exempel finns det skillnader i vilken personal som arbetar vid de olika vårdcentralerna – skillnader i yrkeskategorier och anställningsformer samt även antal anställda. Allt detta kan ha konsekvenser för hur verksamheten bör bedrivas när det gäller styrning och ledning av personal. En annan skillnad gäller hur många personer som är listade vid en vårdcentral. Även detta kan ha konsekvenser för hur man organiserar arbetet, såsom förutsättningar för storskalighet i vissa insatser. Ägandeform är en annan relevant parameter. Förutsättningarna för styrning och ledning kan skilja sig mellan privata och offentliga och mellan vinstsyftande och icke-vinstsyftande verksamheter. Det kan handla om olika krav på verksamheten, motivation eller kulturskillnader. Det kan också finnas skillnader mellan företag som endast driver en vårdcentral och företag som driver flera vårdcentraler lokalt eller i olika delar av landet. I det sistnämnda fallet är det möjligt att det finns mer stöd och resurser för verksamhetsutveckling inklusive implementering av nya metoder för att styra och leda. Härnäst ger vi lite mer information om några av de egenskaper som skiljer vårdcentraler åt och som kan ha betydelse för deras styrning och ledning. Där det är möjligt redovisar vi relevant statistik för landets vårdcentraler.

PERSONALEN

Personalbasen inom primärvården utgörs av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, distriktssjuksköterskor och undersköterskor. I primärvården arbetar även läkare med annan specialistkompetens (t.ex. geriatrik), sjuksköterskor med annan specialistkompetens än distriktssjuksköterskor (t.ex. diabetes, astma/KOL) samt andra yrkeskategorier som psykologer, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och logopedier. I de landsting och regioner där primärvården tilldelats ett brett åtagande, det vill säga överallt utom i Stockholms läns landsting, arbetar man på en majoritet av alla vårdcentraler i team där flera av dessa yrkeskategorier finns representerade. Även i Stockholms läns landsting finns det stora vårdcentraler med många yrkesgrupper representerade även om uppdraget formellt inte ställer krav på detta.

TYP AV ÄGARE OCH STORLEK

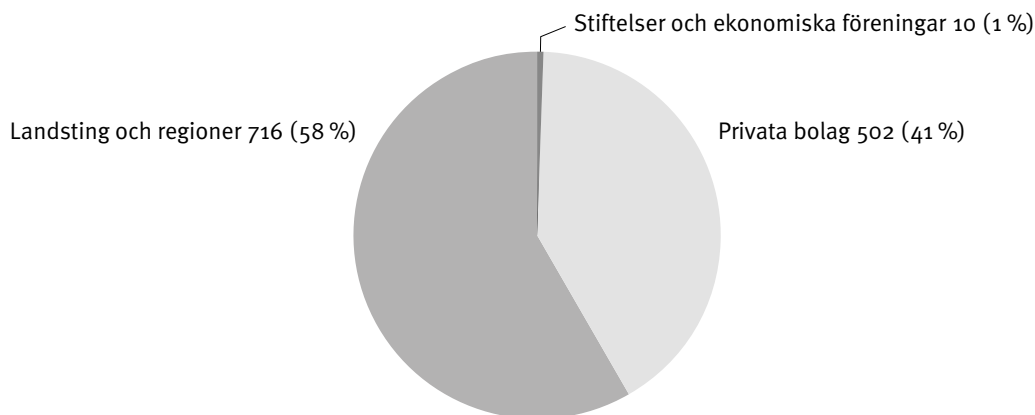
Det finns drygt 1 200 vårdcentraler i Sverige. Det har skett en ökning med närmare 20 procent i antalet vårdcentraler sedan vårdvalet infördes i respektive landsting eller region. Nästan alla vårdcentraler som tillkommit efter vårdvalet är privata. Den vård som 2013 utfördes av privata vårdgivare stod för 35 procent av nettokostnaden för primärvård. Denna andel var 21 procent år 2006 och har ökat varje år sedan dess.¹⁵ Förutom färdtjänst är primärvård den skattefinansierade tjänst där privatiseringen av driften har gått längst.¹⁶ Drygt 40 procent av alla vårdcentraler är i dag privata, se figur 2.1. Ett tiotal av dessa drivs utan vinstsyfte (ekonomisk förening eller stiftelse). Sedan införandet av vårdval har antalet privata vårdcentraler ökat från 288 till 512 stycken, det vill säga med 78 procent. Stockholms och Västmanlands läns landsting har de högsta andelarna av privata vårdcentraler. I båda dessa landsting var dock andelen över 50 procent redan innan vårdvalet infördes.¹⁷ Tabell 2.1 listar antalet offentliga och privata vårdcentraler i landets landsting och regioner.

Av de drygt 500 privata vårdcentralerna i Sverige tillhör 171 stycken

15. SKL (2014).

16. Enligt uppgifter från SKL, »Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, 2014: Ekonomitabeller«, Under »Landsting, ekonomi och verksamhet« på www.skl.se (hämtat 2015-08-29) och från SCB, »Kommunernas finanser: Räkenskapsammandraget 2014«, på www.scb.se (hämtat 2015-08-29).

17. Konkurrensverket (2012).



Figur 2.1. Typ av ägare av vårdcentraler.

Not: Figuren anger antal och procentandel för vårdcentraler inom angivna ägar typer.

någon av de tre stora företagen Praktikertjänst, Capio och Aleris vilka är verksamma över hela landet. Därutöver finns ytterligare 120 privata vårdcentraler som tillhör ett mellanstort företag som driver tre eller fler vårdcentraler.

Andelen privata vårdcentraler motsvarar inte marknadsandelen av listade individer. Privata vårdcentraler är ofta mindre än offentliga. Enligt en genomgång av Konkurrensverket skiljer det i genomsnitt 3 300 listade mellan privata och offentliga vårdcentraler.¹⁸ Offentliga vårdcentraler har i genomsnitt 8 800 listade och privata 5 500. Vidare har privata vårdcentraler som etablerades efter vårdvalet färre listade än de privata som var etablerades redan tidigare. Privata vårdcentraler som etablerades efter vårdvalet har i genomsnitt 4 600 listade jämfört med ett genomsnitt på 7 850 för de privata som etablerades före vårdvalet. En anledning är den automatiska listning som skedde i alla landsting och regioner utom Stockholm vid införandet av vårdval. Individer som inte gjorde ett aktivt val listades då automatiskt på den vårdcentral där de gjort sitt senaste besök, alternativt enligt geografiskt avstånd mellan vårdcentralen och hemmet.

18. Konkurrensverket (2012).

Tabell 2.1. Antal vårdcentraler uppdelat på landsting/region och ägarform.

Landsting/region	Totalt antal vårdcentraler	Varav privata	Andel privata
Stockholm	220	145	66 %
Västmanland	30	17	57 %
Halland	48	24	50 %
Uppsala	52	26	50 %
Skåne	162	77	48 %
Västra Götaland	208	94	45 %
Jönköping	53	21	40 %
Kronoberg	33	12	36 %
Blekinge	23	8	35 %
Västernorrland	32	11	34 %
Gävleborg	42	14	33 %
Kalmar	40	13	32 %
Södermanland	26	7	27 %
Gotland	8	2	25 %
Värmland	37	9	24 %
Östergötland	43	8	19 %
Jämtland	28	5	18 %
Örebro	33	5	15 %
Västerbotten	40	6	15 %
Dalarna	36	5	14 %
Norrbotten	34	3	9 %
Totalt riket	1 228	512	42 %

Not: Uppgifterna kommer från webbsidan omvard.se och avser oktober 2014.

EGENSKAPER BLAND LISTADE INDIVIDER

Egenskaper bland listade individer kan skilja sig åt mellan vårdcentraler. I en majoritet av landstingen justeras den fasta ersättningen till vårdcentraler utifrån det förväntade behovet av primärvård i den listade befolkningen. Detta görs för att minska risken att vårdgivare undviker patienter med förväntat stort vårdbehov kopplat till ålder, vårdtyngd (vanligen mätt med ACG¹⁹) och socioekonomiska förutsättningar (vanligen mätt med CNI²⁰). Orsaken till att man justerar utifrån dessa parametrar är att det finns forskning som visar att de är förknippade med skillnader i behov av primärvård. Vårdgivare förväntas behöva göra större insatser för personer med sämre socioekonomiska förutsättningar respektive med fler eller medicinskt mer vårdkrävande diagnoser. Det kan handla om att göra fler förebyggande insatser, att arbeta med uppsökande verksamhet och att samverka med annan vård och omsorg, socialtjänst och anhöriga.

27

Styrning och uppföljning från huvudmännens sida

Huvudmännen styr etablering av vårdcentraler genom att besluta om vilka ekonomiska och verksamhetsmässiga regler, så kallade ackrediteringsvillkor, som ska gälla för att man ska få bedriva primärvård i landstinget eller regionen i fråga. Ackreditering är en förutsättning för att privata vårdgivare ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom vårdvalssystemen. De ekonomiska och verksamhetsmässiga kraven på utförare bestäms av respektive landsting/region. Samma krav ska gälla för privata och offentliga vårdgivare. Huvudmännen ackrediterar privata vårdgivare som uppfyller dessa krav och tecknar

19. *Adjusted Clinical Groups*, ACG, används för att beskriva förväntat primärvårdsbehov utifrån de diagnoser som en person har fått under en viss tidsperiod, normalt 12–24 månader, justerat för ålder och kön. Information om diagnoser inhämtas från register i slutet och öppen vård. Individernas diagnoser sätts i relation till varaktighet, svårighetsgrad, diagnossäkerhet och sjukdomsorsak.

20. *Care Need Index*, CNI, används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. Information om dessa faktorer inhämtas från Statistiska centralbyrån.

sedan ett avtal som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga vårdgivare tecknas i stället en vårdöverenskommelse per vårdcentral baserat på samma krav. Avtalet/vårdöverenskommelsen tecknas mellan avtalsförvaltaren i landstinget/regionen och verksamhetschefen på vårdcentralen, som måste vara en namngiven person.

Utöver ackrediteringsvillkor är ersättning till vårdcentraler och kostnadsansvar för listade individers utnyttjande av primärvård viktiga sätt för landstingen och regionerna att styra vårdgivare i primärvården. Principer för ersättning och kostnadsansvar handlar om att genom ekonomiska incitament styra vårdgivares aktiviteter.

Utformning av ackrediteringsvillkor och principer för ersättning har konsekvenser för hur verksamhetschefen kan driva verksamheten vid vårdcentralen. Skillnader i dessa kan på olika sätt ge bättre eller sämre förutsättningar för verksamhetschefer att själva utforma verksamheten och styra och leda därefter. En stor andel fast ersättning kombinerad med mindre detaljstyrning från huvudmannens sida ger vårdgivare stora frihetsgrader att själva utforma sin verksamhet. Det omvända gäller om man från huvudmannens sida premierar specifika insatser och ersätter enligt dessa.

UPPFÖLJNING AV ACKREDITERINGSVILLKOR

Akrediteringen/vårdöverenskommelsen gäller formellt i två år med automatisk förlängning i de flesta fall. I praktiken gäller därför ackrediteringen oftast tills vidare så länge man uppfyller kraven. Uppföljning sker kontinuerligt. Principer och rutiner för uppföljning av hur vårdgivare använder tilldelade resurser skiljer sig mellan olika landsting och regioner. Uppföljningen baseras i hög utsträckning på information i register som finns på nationell och regional nivå, såsom kvalitetsregister, information från patientenkäter och journalsystem. Utöver dessa register används i flera fall information om måluppfyllelse av specifika indikatorer, vilka vårdgivare måste rapportera till huvudmän inom ramen för målbaserad ersättning. Den skarpaste formen av sanktion är att inte bevilja vårdcentraler fortsatt ackreditering. Denna möjlighet finns i alla landsting och regioner. Såväl privata som offentliga vårdcentraler som inte når upp till de krav som gäller kan tvingas upphöra med sin verksamhet. I Region Skåne, där man har arbetat med regelbunden medicinsk revision av alla vårdgivare sedan vårdalet infördes, har tre privata vårdcentraler mist sin ackreditering och därmed tvingats stänga. Lika många offentliga har

stängt till följd av att de medicinska revisorerna konstaterat brister i kvaliteten eller att vårdgivare inte har följt kravspecifikationen.²¹

Medicinsk revision är en form av styrning av vårdgivare i dialogform. I en majoritet av landstingen och regionerna sker sådan fördjupad granskning och uppföljning i dialogform rutinmässigt, antingen generellt eller ämnesspecifikt samt på förekommen anledning.²² Innehållet i och formen för de rutinmässiga besöken skiljer sig något åt över landet. Generellt vid den typen av uppföljning ges dock möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register samt att ge återkoppling till vårdgivare i syfte att underlätta verksamhetsutveckling. Den kan handla om vilka insatser som görs och hur de fungerar för specifika patientgrupper. Information i register tenderar att visa hur många besök, andra kontakter eller insatser som produceras – utan hänsyn till vem insatserna kommer till del eller dess innehåll – och framför allt deras resultat. Enligt en genomgång från SKL från 2013 arbetade fem landsting/regioner (Gotland, Halland, Kalmar, Uppsala, Västernorrland) med uppföljningsmöten i grupp medan resterande 16 landsting och regioner gjorde återkommande besök hos varje enskild vårdcentral. En majoritet av huvudmännen uppger enligt denna översikt att de följer upp privata och offentliga vårdgivare efter samma princip. I fem fall (Gotland, Jönköping, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala) uppger man att det finns vissa skillnader i principer för uppföljning mellan privata och offentliga vårdgivare.

Principer för uppföljning påverkar också verksamhetschefens möjlighet att styra och leda verksamheten. En uppföljning som strikt baseras på information i register kan få konsekvensen att man ägnar sig åt åtgärder som mäts och kvantifieras i de register som används. Här kan det finnas en risk att vården blir protokolldriven och att de insatser som inte fångas i register får stå tillbaka.²³ En uppföljning som grundar sig mer på en dialog mellan huvudman eller beställare och vårdgivare kan bidra till att verksamhetschefen blir tryggare i sitt uppdrag och känner sig friare att styra och utforma verksamheten på det sätt som hen anser bäst möter behovet i den aktuella befolkningsgruppen.²⁴

21. Glenngård (2015b).

22. SKL (2013); Hagbjer (2014).

23. Se t.ex. Anell (2010) och (2014).

24. Se t.ex. Glenngård (2015b).

ERSÄTTNING TILL VÅRDGIVARE²⁵

30

Samtliga 21 landsting och regioner tillämpar någon form av kombination mellan fast ersättning per listad individ (kapitering), rörlig ersättning kopplat till besök samt målrelaterad ersättning baserat på indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet. Kapitering är den viktigaste delen av ersättningen i alla landsting och regioner utom Stockholm. I Stockholm utgör kapitering ungefär 40 procent av den totala ersättningen. I Uppsala och Kalmar är andelen 70 procent och bland övriga minst 80 procent. Den fasta ersättningen till vårdgivare justeras efter förväntade vårdkostnader baserade på information om dem som är listade vid vårdcentralen. Grunden för denna justering varierar. Den vanligaste utgångspunkten för att justera den fasta ersättningen är åldern på de listade. I fler än hälften av landstingen och regionerna sker en justering utifrån en klassificering av diagnoser och ålder genom ACG. I en majoritet av landstingen och regionerna sker också en justering efter socioekonomiska förutsättningar bland listade, vanligen baserad på CNI.

I en majoritet av landstingen och regionerna fördelas extra resurser till vårdcentraler även utifrån deras geografiska läge. Det innebär att vårdcentraler tilldelas extra ersättning baserat på avstånd till närmaste sjukhus eller om de ligger utanför tätort. Täckningsgrad, vilket avser hur stor del av alla besök i den öppna vården som sker i primärvården, används också för att justera ersättningen till vårdgivare i en majoritet av landets 21 landsting och regioner. Utgångspunkten vid justering utifrån täckningsgrad är att individer ska konsumera öppen vård på rätt vårdnivå. Avdrag och tillägg för täckningsgrad utgår i de flesta fall från den fasta ersättningen per listad individ. Justering efter täckningsgrad blir på så sätt en justering av den fasta ersättningen per listad individ utifrån vårdenhetens faktiska ansvar för listades individers totala konsumtion av öppen vård. I några fall är justering av ersättningen utifrån täckningsgrad en del av den målbaserade ersättningen.

I de flesta fall, med undantag för Kalmar och Stockholm, spelar det ingen roll vid vilken vårdenhet inom primärvården som konsumtionen sker. Avdrag för individers vårdkonsumtion vid andra enheter inom primärvården än där de är listade (så kallade otrohetsbesök) hanteras i stället genom ett direkt kostnadsansvar för sådana besök. De flesta landsting och regioner med undantag för Kalmar ersätter för icke-listades besök enligt bestämd taxa, alternativt att vårdenheter själva får komma överens

25. Anell m.fl. (2012).

om belopp i samverkan. Beloppen som regleras av huvudmännen varierar mellan 200 och 700 kronor per läkarbesök. I samtliga fall, undantaget Kalmar och Stockholm, har den vårdenhet där patienten är listad ett kostnadsansvar för otrohetsbesök. Detta gäller generellt även besök på vårdcentraler i annat landsting/annan region än där man är bosatt.

Samtliga landsting och regioner utom Jämtland använder sig av någon form av målbaserad ersättning. Principerna varierar dock avseende antalet mål samt ersättningens storlek och konstruktion. De landsting som utmärker sig är Gotland och Västra Götaland. I Gotland är täckningsgrad det enda målet medan man i Västra Götaland har utvecklat ett system med ett 40-tal indikatorer. Andra exempel med förhållandevis många mål är Kronoberg (17 mål), Sörmland (17 mål) och Stockholm (15 mål). De flesta andra landsting har som mest 10 mål.²⁶ Ersättningens storlek uppgår till mellan en och fem procent av den totala ersättningen till vårdgivare. Någon tydlig samvariation mellan antalet mål och ersättningens storlek finns inte.

Implikationer för studien

Verksamhetschefens uppgift är att styra och leda verksamheten så att dess syften uppfylls. Detta innebär att tillgodose patienternas behov och att hålla sig inom de ekonomiska och verksamhetsmässiga ramar som gäller för primärvården i respektive landsting/region. En vårdcentralers egenskaper kan påverka dess förutsättningar att uppfylla verksamhetens syften. De olika egenskaperna bland landets vårdcentraler kan alltså ha konsekvenser för lokal styrning och ledning på operationell nivå, och därmed för vår empiriska undersökning.

- *Ersättningsmodell.* De ersättningsprinciper som tillämpas i landstinget/regionen påverkar förutsättningarna att styra och leda en verksamhet. En stor andel fast ersättning ger större frihetsgrader för vårdgivare att utforma sin verksamhet jämfört med en stor andel rörlig ersättning. Där målrelaterad ersättning tillämpas finns ytterligare tydliga incitament att styra verksamheten så att de insatser som ger extra ersättning utförs. Här kan man tänka sig att verksamhetschefen har ännu färre frihetsgrader att utforma verksamheten.

26. Antalet mål i samtliga landsting och regioner 2012 framgår av Anell m.fl. (2012).

- *Ägarform.* Typ av ägare kan ha implikationer för förutsättningar att leda och utforma verksamheten. Privata vinstdrivande vårdgivare kan ha tydligare ekonomiska ramverk att förhålla sig till jämfört med privata icke-vinstdrivande eller offentliga vårdgivare som inte på samma sätt förväntas generera något överskott. Vidare kan det finnas skillnader mellan enskilda privata vårdcentraler och företag som driver flera vårdcentraler lokalt eller nationellt. Vårdcentraler som drivs av de allra största företagen kan också tänkas ha tillgång till stöd och resurser för verksamhetsutveckling och verksamhetsledning. Små enskilda aktörer kan däremot vara mer sårbara ekonomiskt eftersom de inte har möjlighet att balansera under- och överskott mellan olika enheter.
- *Ålder.* Det kan även finnas skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler vad gäller förutsättningar att leda verksamheten genom att de flesta privata vårdcentraler är nyare än de offentliga. De flesta privata vårdgivare har därmed haft kortare tid på sig att uppjobba rutiner och fastställa arbets sätt. Å andra sidan kan det vara lättare för nystartade vårdcentraler att anamma nya rutiner och arbets sätt.
- *Storlek.* Verksamhetens storlek i termer av antal listade individer kan påverka hur den kan organiseras och styras. Det kan till exempel vara svårt att uppnå storskalighet i olika insatser vid vårdcentraler med få listade.
- *Personal.* Verksamhetens personalstorlek kan också påverka organisation och styrning. Vårdcentraler där många yrkeskategorier finns representerade kan kräva mer komplex styrning eftersom fler krav och önskemål då måste beaktas.
- *Uppföljning.* Skillnader i de modeller för styrning av vårdgivare som tillämpas av respektive huvudman kan påverka verksamhetschefens förutsättningar att leda och styra verksamheten. En uppföljning som strikt baseras på information i register kan få till konsekvens att vården blir protokoll driven. En uppföljning som grundar sig mer på dialog kan bidra till att verksamhetschefen blir tryggare i sitt uppdrag och friare att styra och utforma verksamheten på det sätt som hen anser bäst möta behovet bland de listade.

- *Listade individer.* Till sist har skillnader i egenskaper bland listade individer implikationer för förutsättningarna att utforma verksamheten. Verksamheten måste anpassas för att kunna möta de listade individernas olika behov av primärvård. Socioekonomiska faktorer och vårdtyngd påverkar inte bara vårdcentralernas ekonomiska förutsättningar utan även förutsättningarna att styra och leda verksamheten.

3.

Vad kännetecknar god verksamhetsledning?

I grunden handlar framgångsrik ledning och styrning, management, om att driva en verksamhet så effektivt som möjligt. Med andra ord att se till att kvaliteten hos de varor som produceras eller de tjänster som erbjuds blir så god som möjligt, givet de resurser organisationen förfogar över. Vid sidan av kompetenta chefer kräver detta ett systematiskt arbete. Arbetsplatser som anammat ett sådant perspektiv i verksamheten kännetecknas i hög grad av att systematiken är en del av det dagliga arbetet och organisationskulturen och inte upplevs av personalen som externt pålagd.²⁷ Systematik är viktig, eftersom verksamhetens kvalitet och utveckling annars blir alltför beroende av enskilda personers engagemang och förmåga att vara pådrivande. Detta är riskfyllt på lite längre sikt, med tanke på att anställda förr eller senare kan byta arbetsplats, få andra arbetsuppgifter eller tappa sugen.²⁸ Inom vård och omsorg har flödesorienterad vård, eller *lean healthcare*, fått stor spridning både internationellt och i Sverige, där processinriktade arbetsmetoder som utvecklats inom tillverkningsindustrin förts över och med mindre anpassningar tillämpats inom sjukvården, främst för drift av sjukhus.²⁹ Flera interna-

27. Se till exempel Stone (2012) och Bortolotti m.fl. (2015).

28. Mycket har skrivits om de fördelar som erhålls vid en sådan systematik i verksamheten, till exempel av Bourne m.fl. (2003) och Neely (2005).

29. För en översikt av lean i den svenska vården, se till exempel Rognes och Svarts (2012).

tionella och svenska studier har påvisat höjd vårdkvalitet med införandet av lean och liknande arbetsmetoder, huvudsakligen för drift av sjukhus men även inom primärvården.³⁰

Managementmetoder för systematisk ledning och styrning kan delas in i tre områden, som alla behöver fungera väl för att en organisation långsiktigt ska uppnå hög effektivitet och produktivitet, det vill säga att högt värde skapas på ett resurssnålt sätt. De tre områdena är struktur, riktning och förmåga, och fångar olika dimensioner av god management.³¹

- Med *struktur* avses de etablerade arbetsprocesser och förhållanden som råder på arbetsplatsen.
- Området *riktning* handlar om att driva verksamheten i utsatt riktning så att dess mål uppfylls. Detta innefattar två aspekter. För det första att det arbete som utförs främjar verksamhetens övergripande mål. För det andra en kontroll av att uppsatta mål verkligen uppnås. Det kräver att mål på olika organisatoriska nivåer och med olika tidshorisonter samverkar.
- Med *förmåga* avses förhållanden som säkerställer tillgång till kompetent personal.

Uppdelningen i tre områden följer en gängse teoretisk klassificering av system och processer för styrning och ledning. På en mer konkret nivå används ofta andra kategoriseringar som beskrivs i form av verktyg och metoder. Arvidsson (2007) använder till exempel alla tre områdena i beskrivningen av hur ett flödes- och processorienterat arbete sker inom vården. En liknande uppdelning återfinns i den intervjumetod som Bloom och Van Reenen har utvecklat och som vi använder oss av.³² Deras intervjumetod innefattar en uppdelning i områden som beskrivs utförligt senare i texten och som motsvarar de tre ovan nämnda teoretiska områdena struktur, riktning och förmåga.

Notera att styrning och ledning genom användandet av systematiska managementmetoder inte bör likställas med så kallad *New Public*

30. För vårdresultat med användandet av lean inom sjukvården, se Fillingham (2007), och för studier om lean inom primärvården, se Grove m.fl. (2010).

31. Se till exempel Bourne (2005) och Franco-Santos m.fl. (2007) om olika inriktningar och roller styrinstrument kan ta i organisationen.

32. Bloom och Van Reenen (2007).

Management (NPM). NPM är ett bredare samlingsbegrepp som inkluderar olika reformer och förändringar inom offentlig sektor inspirerade av lösningar från den privata sektorn. Sådana reformer inkluderar ökat fokus på resultatmätning, konkurrens samt kostnadskontroll.³³ Även om införandet av nya managementmetoder utgör en del av sådana förändringar (till exempel att mäta processer och utförda arbetsmoment) behöver införandet av managementmetoder inte vara kopplat till extern och intern konkurrens eller för den delen till privatiseringar. Snarare är grundprincipen för managementmetoderna att uppnå effektivitet och produktivitet genom att på ett systematiskt sätt identifiera värde och sedan kontinuerligt förbättra pågående rutiner och erbjuda tjänster och därigenom tillhandahålla en värdefullare tjänst för kunden eller brukaren. Till skillnad från mer övergripande ledningsbegrepp som NPM studerar vi således specifikt användandet av olika managementmetoder för just systematiskt arbete kring värdeskapande.

Ett verktyg för att mäta och jämföra managementkvalitet i olika verksamheter

I korthet bygger Blooms och Van Reenens intervjumetod på att förekomsten av en rad olika styrnings- och ledningspraktiker eller managementmetoder, som vi fortsättningsvis kommer att kalla dem här, identifieras och bedöms med hjälp av strukturerade intervjuer.

De managementmetoder som efterfrågas i intervjuerna har i empiriska studier visat sig bidra till god verksamhetsdrift. Det handlar till exempel om vilka processer man har för att förbättra verksamheten med hjälp av personalens idéer, i vilken utsträckning man följer upp verksamheten genom att mäta nyckeltal och om man på ett genomtänkt sätt arbetar med att behålla duktig personal. Vid intervjuerna poängsätts organisationernas managementkvalitet genom bedömningar av i vilken utsträckning de olika metoderna används.

33. Se till exempel Hood (1991) och Lapsley (2009) för en utförligare beskrivning och diskussion kring NPM, och Gruening (2001) för en utförligare beskrivning av de teorier som NPM bygger på. Ur ett svenskt perspektiv varnar Bringselius (2015) för att använda NPM »som ett enkelt penseldrag med ambitionen att förklara komplexa problem, vinna gillande och locka folk till barrikaderna«.

Bloom och Van Reenen har från början utvecklat sitt mätverktyg för att det ska kunna användas för att analysera verksamheter oberoende av sektor, organisationstyp och sammanhang. Utgångspunkten är således ett *best practice*-perspektiv, det vill säga att vissa allmängiltiga styrnings- och ledningsmetoder bidrar positivt till alla sorters verksamheter om de används på ett klokt sätt. Empirisk erfarenhet och ett större antal vetenskapliga studier har visat att vissa metoder och processer leder till gynnsam verksamhetsdrift och i längden till ökad konkurrenskraft och lönsamhet. Detta gäller både inom industrin och tjänstesektorn.³⁴ Flera studier har också påvisat positiva effekter av användandet av managementmetoder inom olika typer av offentlig eller icke-vinstdrivande verksamhet. Den undersökningsmetod som vi använder har tidigare använts i studier av flera tusen verksamheter i mer än 20 olika länder och i flera olika branscher och sektorer, bland annat tillverkningsindustri,³⁵ vård,³⁶ omsorg³⁷ och utbildning³⁸. Dessa studier ger belägg för att användningen av vissa managementmetoder ger positiva utfall oavsett sektor och organisationstyp.

Från vårt perspektiv finns det två tydliga fördelar med att använda en befintlig undersökningsmetod. Dels har den genomgått omfattande prövning, vilket stärker tillförlitligheten, och dels blir det möjligt att sätta in våra resultat i ett större sammanhang genom att göra jämförelser med befintliga studier.

Metoder för att mäta, sätta upp mål och skapa incitament

De managementmetoder som vi fokuserar på utgår från en uppdelning av styrning och ledning i tre övergripande områden:

- *Funktioner och processer* avser sådant som direkt påverkar tillverkningen av produkten eller utförandet av tjänsten, såsom anpassning av arbetsmiljön, system för förbättringar och insyn i personalens arbetsinsatser. Utvecklingen av dessa metoder har sin grund i olika

34. Se vidare till exempel Hayes m.fl. (2005), Sprague (2007) och Brown (2013).

35. Bloom och Van Reenen (2007).

36. Bloom m.fl. (2015b).

37. Delfgaauw m.fl. (2012).

38. Bloom m.fl. (2015a).

process- och förbättringskoncept för industriell produktion, men återfinns numera även i andra branscher.

- *Målstyrning* omfattar metoder som är inriktade på tydlighet och höga ambitioner när det gäller att definiera och följa upp mål utifrån ett verksamhetsperspektiv. Dessa mät- och styrstrategiska verktyg har sitt ursprung inom redovisnings- och ekonomistyrningsområdet. De har stegvis utvecklats mot en mer operativ styrning av bland annat produkt- och processkvalitet.
- Metoder avseende *incitament och personalutveckling* handlar om vilka strukturer som finns på plats för att motivera och utveckla personalen. Dessa är viktiga för att organisationen ska vara innovativ och lärande och därmed säkerställa sin långsiktiga konkurrenskraft. Att skapa rätt sorts incitament har fått ökad betydelse i takt med att personalens kunskap betonas för god verksamhetsdrift.

Som framgår av beskrivningarna ligger den här uppdelningen av praktiska metoder nära den teoretiska uppdelningen i de tre områdena struktur, riktning och förmåga. Funktioner och processer motsvarar ungefär struktur, målstyrning motsvarar ungefär riktning och incitament och personalutveckling motsvarar ungefär förmåga.

VARJE MANAGEMENTOMRÅDE BESTÅR AV ETT ANTAL OLIKA METODER

Varje område i undersökningen består av ett antal mer specifika styrnings- och ledningsmetoder. Dessa har sitt ursprung i olika teoretiska ämnesinriktningar. Från industriell produktion återfinns till exempel processorienterade styrningsmetoder som lean och flödesinriktat arbete, samt kontinuerligt förbättringsarbete. De bygger på en blandning av principer och metoder som för det första möjliggör kvalitetsförbättringar genom ökad standardisering och kontroll, och för det andra bidrar till att sänka kostnader genom minskade ledtider, kortare lagerhållning och mindre svinn. Fokuseringen på förbättringsarbete, där hela personalens kunskap utnyttjas för att skapa produkt- eller processförbättringar och därmed kontinuerligt stärker organisationens konkurrenskraft, ger de anställda möjlighet till ett mer kreativt arbete. Flera av dessa metoder har sin grund i utvecklingen av ett systematiskt och kvalitetsinriktat arbete inom tillverkningsindustrin, men har sedermera vidgats i innehåll och syfte. Metoderna återfinns numer i en rad olika branscher, inklusive den svenska

vården. Andra metoder kommer från arbetsorganisations- och ledarskapsforskningen, som lyft fram vikten av att ta till vara och utveckla de anställdas förmågor. Även forskning inom ekonomistyrning och redovisning har bidragit till de inkluderade managementmetoderna. Härifrån kommer till exempel balanserade styrkort och modeller för strategiska och operativa styrsystem, olika kvalitetsmodeller och kundorienterad verksamhetsutveckling.³⁹ Patientfokuserad vård är ett exempel på det senare, där processer och arbetsmetoder anpassats utifrån patientens verklighet och perspektiv snarare än efter organisationens krav på effektivitet. Det kan till exempel innebära att arbetsprocesser anpassas för att minska patienters väntetider.

Den faktiska användningen av management*metoderna* sker genom tillämpning av konkreta management*verktyg*. Dessa verktyg kan se olika ut i den enskilda verksamheten då de inte nödvändigtvis baseras på samma system eller organisationsform. Exempelvis förekommer olika typer av balanserade styrkortsverktyg för mätning och uppföljning av prestationsmål, vilka alla har likartade funktioner. På liknande vis kan personalens kompetensutveckling ta sig olika uttryck, men med samma grundläggande syfte. Anledningen till att vi i studien undersöker metoder och inte verktyg är just för att verktygen är alltför organisationsspecifika för att möjliggöra jämförelser och ge insikter som är tillämpbara inom andra verksamheter.

SITUATIONSANPASSNING KRÄVS FÖR FRAMGÅNG

Vi vill betona att framgångsrik verksamhetsstyrning handlar om att utgå från den egna verksamheten och anpassa generella metoder och modeller utifrån de specifika förutsättningar som gäller i varje enskilt fall. Det handlar inte om att oreflekterat tillämpa en viss styrmodell, speciellt när många metoder är uppkomna ur tillverkningsindustrin och sedan genomgått anpassning till varierande branscher som detaljhandeln och finanssektorn, men även till offentlig sektor och vårdande verksamhet.

Det har både i teori och i användande av mät- och styrmetoder skett en övergång från ett smalt fokus på ekonomiska mått och resultat till ett bredare perspektiv. Tonvikten har också flyttats från att uteslutande se till ekonomisk effektivitet till att använda mer inkluderande mått, såsom

39. De olika metodernas roll och samverkan för god verksamhetsdrift har diskuterats vidare i till exempel Shaw och Ward (2003 och 2007) och de Menezes m.fl. (2010).

kvalitet, kundnöjdhet och personalutveckling. Modeller och metoder för ledning och styrning av verksamheter har gått från att vara inriktade på resursutnyttjande till måluppfyllelse. Fokus har flyttats från vad som ska mätas till hur mått ska hanteras för att driva verksamheten framåt i enlighet med uppsatta mål. Det har gett styrmetoderna en mer strategisk och dynamisk roll i verksamheten.⁴⁰ Därför har även vår studie en bred ansats och inkluderar olika former och typer av managementmetoder inom de tre områdena struktur, riktning och förmåga.

Sociala aspekter påverkar tillämpningen av managementmetoder

Enligt ett renodlat *best practice*-perspektiv finns det inget som hindrar en organisation från att använda lämpliga managementmetoder och tillämpa dem på rätt sätt. I praktiken kan det dock ibland vara svårt att få en managementmetod att fungera fullt ut. Det är, enligt befintlig managementforskning, mer troligt att enskilda verksamheter präglas av omständigheter som försvårar tillämpningen än att sådana begränsningar återfinns i hela branscher eller sektorer. Försvårande omständigheter kan vara allt ifrån oförmåga att utveckla eller hantera en viss managementmetod till illa genomtänkt resurstilldelning eller ointresse hos de anställda att få metoderna att fungera. Michael Ballé har utvecklat resonemanget och identifierat en ovilja eller oförmåga hos chefer som en begränsande faktor. Han menar att sådana sociala aspekter är viktiga att ta hänsyn till.⁴¹ Även forskare som Richard Cooney och Jostein Pettersen har belyst denna problematik.⁴² I praktiken innebär det att implementering och senare användning av nya arbetsrutiner eller managementmetoder försvåras av att personal är ointresserad att använda sig av dem eller direkt motsätter sig detta genom att arbeta på samma sätt som de gjort tidigare. En sådan ovilja kan till exempel ha sitt ursprung i en uppfattning om eller upplevelse av att nya metoder står i motsats till etablerade yrkesroller, att arbetsbördan ökar eller att metoderna utgör en del av en organisationsförändring som leder till minskade anställningsmöjligheter.

Man kan således dela upp tillämpningen av managementmetoder i två samverkande dimensioner, dels de tekniska processer och verktyg som

40. Se till exempel Pinheiro de Lima m.fl. (2012) för en utförligare beskrivning.

41. Ballé (2005).

42. Cooney (2002); Pettersen (2009).

metoderna består i, dels de sociala aspekter som krävs för att de tekniska bitarna ska fungera.⁴³ Ett exempel från vår studie är användningen av kontinuerliga förbättringar, där personalen på ett systematiskt sätt ges möjlighet att delta i problemlösande. De tekniska aspekterna består av infrastruktur som mötestider, insamling och vidarebefordran av förslag med mera. De sociala aspekterna utgörs av den underliggande förankringen i organisationen som behövs för att personalen ska vilja vara delaktig och lämna förslag vid mötena. Suzanne De Treville och John Antonakis har utvecklat resonemanget kring detta och belyser olika typer av motivation hos personalen att delta i förbättringsåtgärder och andra managementmetoder.⁴⁴

DET TAR TID ATT IMPLEMENTERA MANAGEMENTMETODER

Utöver de tekniska och sociala dimensionerna bör också frågan om managementmetodernas mognad behandlas, det vill säga hur lång tid det tar från det att en metod börjar användas inom en verksamhet till dess att den börjar påverka arbetsprocesser och utfall. Det tar längre tid att utveckla fungerande managementmetoder för komplexa processer som involverar ett större antal aktörer.

I vår studie finns en risk för att en viss managementmetod har införts men ännu inte hunnit få någon effekt. Två aspekter är viktiga här. För det första kan anpassning av vårdcentraler bland annat innebära fysiska förändringar av arbetsplatsen, vilket uppenbarligen kan vara tidskrävande i sig. För det andra kan managementmetoder som kräver beteendeförändring hos personalen också ta mycket tid i anspråk, till exempel att få de anställda att engagera sig i förbättringsarbetet (och ytterligare en tid innan arbetet börjar ge effekt). Andra managementmetoder, till exempel olika former av målstyrning, behöver däremot inte ta lika lång tid att införa; de kan startas upp relativt snabbt och beteendeförändringarna hos personalen är inte heller lika tidskrävande. Managementmetodernas inflytande över arbetsrutiner för den enskilde påverkar också metodernas faktiska användande på arbetsplatsen. En nyligen genomförd studie av tillämpningen av lean inom kommunal verksamhet visar att den största utmaningen kring införandet av nya processer och rutiner har varit att få

43. Se till exempel Shah och Ward (2007).

44. De Treville och Antonakis (2006).

övertyga medarbetare att överge gamla arbetssätt.⁴⁵ Ett liknande resonemang återfinns i en studie av läkarens roll vid implementering av rutiner och metoder för flödesorienterad vård.⁴⁶

För de managementmetoder som behandlas i den här studien är det dock graden av tillämpning som mäts och inte utfall. Till exempel mäts hur stor andel av personalen som systematiskt inkluderas i förbättringsarbete, inte hur många förbättringsförslag som frambringas. Mängder av studier har visat att ett systematiskt förbättringsarbete ger resultat på verksamheten. Vår studie mäter i vilken utsträckning förbättringsarbete förkommer, med förbättrad verksamhet som förväntad följd. Medan det är möjligt att relativt snabbt inkludera personalen – utan att använda några större finansiella eller tidsmässiga resurser – kan det ta flera år att få en större andel personalen att aktivt bidra på förbättringsmöten (vilket inte mäts i studien). För att en managementmetod ska omsättas i ökad effektivitet måste båda delarna finnas på plats och fungera. Även om det är välbelagt att managementmetoderna har positiva effekter, kan effekterna således vara olika starka i olika organisationer. Till exempel kan kostnader och produktkvalitet påverkas olika mycket.

Resultat från tidigare studier

Det mätverktyg vi använder har använts i ett flertal liknande studier med relativt överensstämmande resultat.⁴⁷ Bloom och Van Reenen sammanfattar de övergripande resultaten i en översiktsstudie enligt följande:⁴⁸

- Det finns en stor variation i managementkvalitet mellan olika länder och även mellan olika företag i samma branscher.
- Företag som har högre managementkvalitet tenderar att prestera bättre i en rad dimensioner: de är större, mer produktiva, har högre tillväxt och bättre överlevnadsförmåga.

45. Eriksson (2015).

46. Jacobsson och Åhlström (2011).

47. Vi vill speciellt nämna en studie i form av ett fältexperiment där slumpmässigt utvalda företag i Indien fick konsult hjälp med att implementera de managementmetoder som mäts med denna intervju metod. De företag som på detta sätt började använda rekommenderade managementmetoder uppvisade stora förbättringar i lönsamhet i förhållande till en kontrollgrupp (Bloom m.fl. 2013).

48. Bloom och Van Reenen (2010b), s. 204–205.

- Konkurrensutsatta företag uppvisar hög managementkvalitet. Detta genom att företag med riktigt låg managementkvalitet slås ut samtidigt som de kvarvarande företagen förbättrar sig.
- Multinationella företag håller typiskt sett hög managementkvalitet.
- Familjeägda företag med en familjemedlem som vd håller ofta lägre managementkvalitet. En rimlig förklaring är att de inte rekryterar bästa möjliga person som vd.
- Börsnoterade och riskkapitalägda företag uppvisar i allmänhet hög managementkvalitet, medan det omvända gäller för statsägda företag.
- Företag med välutbildade medarbetare tenderar att ha hög managementkvalitet.

Det är även värt att notera några närliggande resultat från vår tidigare studie om managementmetoder vid svenska äldreboenden:⁴⁹

- Överlag används managementmetoder i relativt hög grad vid driften av svenska äldreboenden, högre än snittet för svenska företag i liknande studier, dock med stora variationer boenden emellan.
- På äldreboenden uppvisade metoder för funktioner och processer högst managementkvalitet, medan störst variation återfanns bland metoder för målstyrning. Metoder för incitament och personalutveckling uppvisade lägst managementkvalitet, framför allt metoder för att behålla talanger.
- Äldreboenden drivna av stora företag hade i genomsnitt högre managementkvalitet än de som drivs av små företag, ideella organisationer eller kommuner. Däremot spelade storleken på det enskilda äldreboendet eller på kommunen inte någon roll.

Givet erfarenheter från tidigare studier om användande av managementmetoder, kan vi med andra ord förvänta oss att vissa vårdcentraler, till exempel de som är utsatta för konkurrens, kommer att uppvisa högre managementkvalitet. Vi kan även förvänta oss att de vårdcentraler som, enligt vår mätmetod, styr och leder på ett mer genomtänkt och systematiskt sätt kommer att vara mer produktiva. Den faktiska mätningen, det vill säga hur våra intervjuer genomfördes och poängsattes, beskriver vi i kapitel 4.

49. Angelis och Jordahl (2014).

Är det relevant att mäta managementkvalitet inom vården?

44

En viktig fråga för den här rapporten är om det här sättet att mäta managementkvalitet är relevant för en studie av förhållanden inom primärvården. Den underliggande frågan är om vi tror att den erbjudna vården blir bättre av att verksamheten bedrivs med hjälp av de managementmetoder som mäts genom det undersökningsverktyg som vi använder.

Det finns flera faktorer som talar för att så är fallet, utöver de generella resultaten från tidigare studier som redovisats ovan. Till att börja med vill vi betona att flera av metoderna är så pass intuitiva och allmän-giltiga att de flesta verksamheter borde dra nytta av att tillämpa dem. Det kan till exempel knappast skada en organisation att aktivt försöka rekrytera och behålla talangfulla personer. Mätmetodens lämplighet för verksamheter i offentlig sektor stöds även av tidigare studier. Den har använts i undersökningar av olika verksamheter inom den offentliga sek-torn, bland annat studier av sjukvård⁵⁰, skolor⁵¹ och universitet⁵². Vi har, som nämnts, tidigare använt samma metod för att studera svenska äldreboenden.⁵³ En relaterad studie från England jämför managementkvali-tet hos vinstsyftande respektive ideella organisationer som driver äldreboenden eller adoptionsförmedlingar.⁵⁴ Gemensamt för dessa studier är att hög managementkvalitet, enligt det mätverktyg som används, sammanhänger med hög kvalitet i de tjänster som verksamheterna levererar. De utfallsmått som forskarna har haft att tillgå är till exempel patienters överlevnadschanser när det gäller sjukvård och elevers utbildningsresultat när det gäller skolor. Om samma mönster återfinns i den svenska primärvården är förstås ytterst en empirisk fråga.

En relaterad fråga är om det är lämpligt att tillämpa samma typ av managementmetoder i olika organisationsformer, till exempel vid offentliga och privata vårdcentraler. Det teoretiska *best practice*-perspektiv som vårt mätverktyg grundar sig i talar för att så är fallet. Dessutom talar resultat från redan beskrivna studier för att managementmetoderna kan förväntas vara generellt tillämpbara oavsett sektorspecifika förhållan-

50. Bloom m.fl. (2010a); Chandra m.fl. (2013); McConnell m.fl. (2013).

51. Di Liberto m.fl. (2013); Bloom m.fl. (2015a).

52. McCormack m.fl. (2014).

53. Angelis och Jordahl (2014), (2015).

54. Delfgaauw m.fl. (2012). Eftersom deras data kommer från Storbritannien har de dock väldigt få offentliga äldreboenden att studera.

den.⁵⁵ I linje med detta finner den nämnda studien av engelska äldreboenden och adoptionsbyråer inte några större skillnader i hur managementmetoder påverkar prestationer hos vinstsyftande och ideella utförare.⁵⁶

I den här studien undersöker vi användningen av managementmetoder inom svensk primärvård och eventuella skillnader mellan olika grupper av vårdcentraler. Studien ger en indirekt indikation på hur effektivt vårdcentralerna drivs. Detta är värdefullt eftersom det tidigare har visat sig svårt att studera primärvårdens effektivitet då kvalitetsdata ofta är förknippade med osäkerhet och kostnadsdata är svårtillgängliga. Men vi undersöker också direkta samband mellan managementkvalitet och de kvalitetsmått som finns tillgängliga för primärvården, i form av patientupplevd kvalitet⁵⁷ och väntetider.

55. För vidare diskussion om detta, se till exempel Hayes m.fl. (2005).

56. Delfgaauw m.fl. (2012).

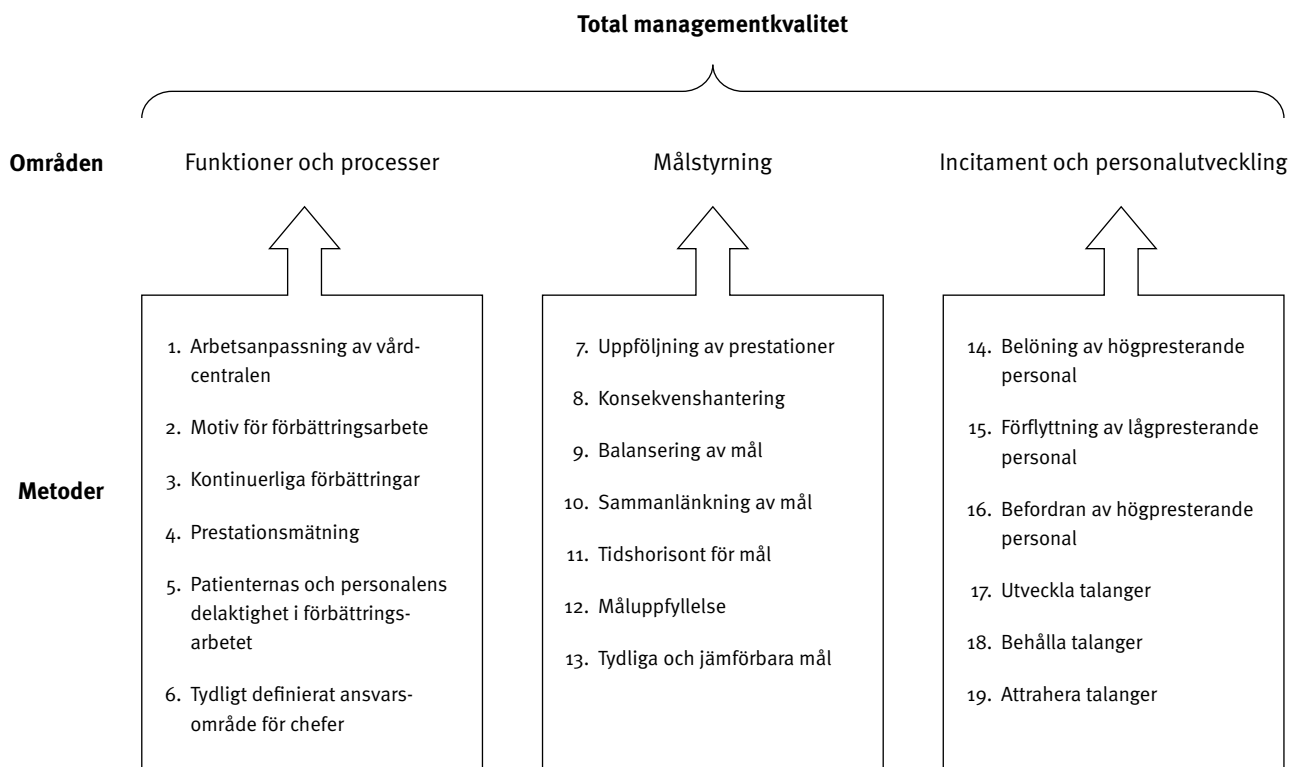
57. För en diskussion kring patientupplevd kvalitet, se till exempel Rahmqvist och Bara (2010) och Hudson-Smith m.fl. (2011).

4. Så här gjordes studien

I det här kapitlet behandlar vi frågor om studiens genomförande. Kapitlet innehåller en beskrivning av det mätverktyg som vi använt och hur vi har anpassat det till den svenska vården. I kapitlet beskriver vi också mer utförligt vilka styrnings- och ledningsmetoder som inkluderats i studien, vilken roll de har i verksamheten samt hur de har kartlagts i intervjuerna. Därefter följer en presentation av vår datainsamling och av tolkningen av den insamlade informationen.

Intervjuundersökningens struktur

Studien bygger på en mätmetod i form av en intervjuundersökning som har utvecklats av Bloom och Van Reenen⁵⁸ och som vi tidigare har använt för att studera äldreboenden. Undersökningen bygger på en blandning av strukturerade och semi-strukturerade frågor som ställs till enskilda verksamhetschefer. De strukturerade frågorna innehåller frågor med givna svarsalternativ, huvudsakligen kring den intervjuades bakgrund och erfarenhet. De semi-strukturerade frågorna har inte givna svarsalternativ utan besvaras öppet. Dessa frågor behandlar verksamheten, framför allt hur de olika managementmetoderna används. Den intervjuade chefen beskriver hur man arbetar i verksamheten. Svaren noteras av intervjuaren som sedan bedömer i vilken form och utsträckning de studerade managementmetoderna används.



Figur 4.1. Metoder, områden och total managementkvalitet.

Undersökningen består av frågor som täcker tre managementområden: Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. Med hjälp av undersökningens frågebatteri kartläggs användningen av 19 olika managementmetoder fördelade på de tre områdena. Figur 4.1 illustrerar den trädstruktur som anger hur de 19 metoderna bildar tre områden och, överst i trädet, ett mått på total managementkvalitet. Utöver frågor om dessa tre områden innehåller intervjuundersökningen även några organisationsfrågor för att klarlägga rådande förhållanden på den enskilda vårdcentralen.

I de följande avsnitten beskrivs de tre managementområdena, deras underliggande logik, de olika metoder som sorterats in under respektive område samt vilka frågor som är knutna till respektive metod och område.

Tabell 4.1. Metoder inom området Funktioner och processer.

Managementmetod	Syfte
1. <i>Arbetsanpassning av vårdcentralen</i>	Testar hur väl rutiner är utformade på infrastrukturnivå, t.ex. hur vårdcentralen är anpassad för patientbehov, och om personalen arbetar proaktivt med att förbättra arbetsorganisationen så att arbetsuppgifterna blir enklare att genomföra.
2. <i>Motiv för förbättringsarbete</i>	Testar motiv bakom operativa förändringar och hur dessa motiveras och kommuniceras.
3. <i>Kontinuerliga förbättringar</i>	Testar processer för och attityder till ständiga förbättringar och ifall tidigare lärdomar tillvaratas och dokumenteras.
4. <i>Prestationsmätning</i>	Testar om prestationer mäts genom meningsfulla nyckeltal/prestationsmått och med lämplig regelbundenhet.
5. <i>Patienternas och personalens delaktighet i förbättringsarbetet</i>	Testar om patienter och personal får vara delaktiga i förbättringsarbetet.
6. <i>Tydligt definierat ansvarsområde för chefer</i>	Testar om det finns formella ledarskapsroller och om ansvaret för att uppnå mål är förlagt på cheferna.

Funktioner och processer

Metoder inom området Funktioner och processer innefattar arbetsflöden och förbättringsåtgärder. Frågorna handlar dels om vilka metoder som används, dels vilka stödjande rutiner som finns på plats. För att få en uppfattning om det senare täcker frågorna även metodernas förankring hos personalen och kopplingar till andra metoder. Svaren på frågorna ska ge en bild av hur genomtänkta arbetsprocesserna är på vårdcentralen samt hur mycket lärande och systematisk förbättring som sker. Området innefattar sex metoder, vilka återges i tabell 4.1. Metoderna inom det här området återfinns i den dagliga verksamheten »på golvet«, det vill säga i det direkta arbetet med patienter.

Tabell 4.2. Metoder inom området Målstyrning.

Managementmetod	Syfte
<i>7. Uppföljning av prestationer</i>	Testar om prestationer övervakas/följs upp med lämplig regelbundenhet och kommuniceras till personalen.
<i>8. Konsekvenshantering</i>	Testar om personalens prestationer får olika konsekvenser (positiva eller negativa).
<i>9. Balansering av mål</i>	Testar om prestationsmålen täcker olika aspekter av verksamheten och inte är smalt fokuserade på t.ex. lönsamhet genom mätetalen.
<i>10. Sammanlänkning av mål</i>	Testar om målen är bundna till organisationens mål och hur väl de genomsyrar organisationen.
<i>11. Tidshorisont för mål</i>	Testar om vårdcentralen använder olika tidshorisonter (kort-, långsiktiga) för planering och mål.
<i>12. Måluppfyllelse</i>	Testar om svårigheten att uppfylla målen ligger på en lämplig nivå.
<i>13. Tydliga och jämförbara mål</i>	Testar hur lätta prestationsmåten är att förstå och om prestationer kommuniceras öppet.

Målstyrning

Managementmetoderna inom området Målstyrning omfattar tre aspekter:

1. Kopplingen mellan mål som är satta för olika nivåer i organisationen, vilken ger en indikation på kvaliteten på organisationsstyrning och verksamhetsövergripande ledning.
2. Hanteringen av dimensioner som tid, fokus och jämförbarhet hos uppsatta mål, vilken ger en indikation på hur genomtänkta och fungerande de satta målen är.
3. Uppföljning och konsekvenshantering.

Till skillnad från de managementmetoder som utgör området Funktioner och processer avser metoder inom detta område verksamheten i sin helhet, snarare än den dagliga driften som står i fokus i Funktioner och processer. Målstyrningsområdets sju metoder listas i tabell 4.2.

Incitament och personalutveckling

Området Incitament och personalutveckling omfattar frågor kring de strukturer som finns på plats för att säkerställa att personalen har förmågan att utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt. Flera frågor handlar om hanteringen av hög- och lågpresterande personal, med tonvikt på de högpresterande.

50

Området är viktigt av två skäl: dels är arbetet på vårdcentraler inte helt standardiserat utan kräver att personalen har förmågan att förstå och lösa uppgifter relativt självständigt, dels kräver managementmetoder inom området Funktioner och processer att personalen är kompetent och vill prestera på jobbet. Att endast se till personalens formella utbildningsnivå och behörighet räcker inte för att förstå hur väl arbetet utförs. Notera att frågorna handlar om systematisk användning av metoder och inte om de anställdas prestationer som sådana. De sex metoder som ingår i området Incitament och personalutveckling listas i tabell 4.3.

Det är värt att notera att studien inte täcker ledarskapsfrågor i sig, trots att man kan förvänta sig att de har stor betydelse för god verksamhetsdrift. I stället undersöks om metoder som har visat sig leda till god verksamhetsdrift finns på plats. Systematisk användning av dessa metoder kräver chefer som både förstår hur metoderna bör användas och har förmågan att förankra dem hos personalen.

Intervjuundersökningens struktur

Var och en av de 19 metoderna kartläggs med hjälp av en huvudfråga som delas upp i flera underfrågor. Alla frågor, inklusive underfrågor, finns listade i Appendix A. Genom underfrågorna erhålls en både bredare och djupare förståelse för hur och i vilken grad den aktuella metoden används på vårdcentralen. Till exempel har huvudfrågan om *Sammanlänkning av mål* (fråga 10 i Appendix A) underfrågor om motiv bakom organisationens mål, hur dessa kopplas till personalgrupper och individer samt till verksamhetens prestationer. Vid varje fråga ombeds den intervjuade chefen att ge konkreta exempel för att illustrera sina svar.

Ett annat exempel på hur intervjun går till ges av hur metoden *Behålla talanger* undersöks (fråga 18 i Appendix A). För att testa om vårdcentralen arbetar aktivt med att behålla kompetenta och högpresterande medarbetare frågar intervjuaren först vilka åtgärder verksamhetschefen vidtar om en duktig medarbetare avser att sluta. Sedan ber intervjuaren

Tabell 4.3. Metoder inom området Incitament och personalutveckling.

Managementmetod	Syfte
14. <i>Belöning av högpresterande personal</i>	Testar om goda prestationer belönas.
15. <i>Förflyttning av lågpresterande personal</i>	Testar om vårdcentralen kan hantera lågpresterande medarbetare.
16. <i>Befordran av högpresterande personal</i>	Testar om befordran är prestationsbaserad.
17. <i>Utveckla talanger</i>	Testar hur stor vikt som läggs vid att ta till vara högpresterande personal.
18. <i>Behålla talanger</i>	Testar om organisationen arbetar aktivt med att behålla högpresterande personal.
19. <i>Attrahera talanger</i>	Testar hur värdeerbjudandet för den anställde ser ut.

om en beskrivning av fall där man har lyckats respektive misslyckats med att behålla en sådan medarbetare. Eventuella skillnader i behandling av olika yrkesgrupper, till exempel läkare och sjuksköterskor, noterades. På så sätt får intervjuaren information om rådande förhållanden samt om hur man agerar för att hantera liknande frågor. Dessa exempel gör det lättare för intervjuaren att bedöma vilka metoder som de facto används på vårdcentralen samt på vilket sätt de används.

Anpassningar av intervjuundersökningen

Precis som i tidigare studier har vi anpassat frågebatteriet för att passa vårt studieobjekt, det vill säga vårdcentraler. Anpassningen har bestått av ändringar av vissa termer i frågorna samt tillägg av frågor. Båda anpassningarna beskrivs nedan.

Vi har översatt frågor om managementmetoder och även ändrat vissa termer så att de passar primärvården bättre och så att de lättare kan förstås av dem som blir intervjuade. Till exempel har vi skalat bort sektor-specifik terminologi som ursprungligen avsett managementmetoder inom tillverkningsindustrin såsom ständiga förbättringsloopar och kvalitets-cirklar i olika former. Även om sådana metoder har fått en vidare sprid-

ning är det inte säkert att deras tillhörande terminologi är begriplig för chefer inom vården, trots förekomsten av processinriktade arbetsmetoder som *lean healthcare* och patientfokuserad vård.

En annan modifikation handlar om hur de olika managementmetoderna är indelade. Dessa har grupperats på delvis olika sätt i olika studier. Exempelvis fördelar McConnell med kollegor⁵⁹ liksom Bloom med kollegor⁶⁰ de enskilda metoderna till fyra övergripande områden, medan Bloom och Van Reenen⁶¹ gör en uppdelning av samma managementmetoder i tre områden. Den egentliga skillnaden är att uppdelningen på fyra områden skiljer på metoder som handlar om operativ drift respektive mätning, medan dessa annars hålls ihop. Den förra uppdelningen är fördelaktig om verksamhetens arbetsprocesser är väldigt varierande eller komplexa, eftersom den möjliggör en bättre förståelse för metoder som används för att på ett systematiskt sätt hantera detta. I fallet med vårdcentraler föreligger inte behovet av att särskilja managementmetoder för hantering av komplexitet eller variation i omsorgsverksamheten och vi har därför valt att behålla den ursprungliga indelningen i tre områden.

TILLÄGGSFRÅGOR

Utöver de frågor som vanligtvis ingår i denna typ av enkät har vi även ställt frågor om egenskaper och allmänt rådande förhållanden på den enskilda vårdcentralen. Bland annat har vi ställt frågor om personalens anställningsförhållanden och yrkesinriktning, huruvida chefen är med i något nätverk av vårdcentraler eller andra organisationer och om vårdcentralens geografiska närhet till andra vårdcentraler. Intervjuerna har även innehållit frågor om chefens utbildning, yrkesbakgrund och ledarskapsfarenhet samt mandat att självständigt fatta investeringsbeslut.

Datainsamling

GRUPPEN AV INTERVJUARE

Intervjuundersökningen genomfördes under hösten 2014 och våren 2015 vid Institutet för Näringslivsforskning (IFN). Gruppen av intervjuare be-

59. McConnell m.fl. (2013).

60. Bloom m.fl. (2010a).

61. Bloom och Van Reenen (2007).

stod av fem civilingenjörer med examen i industriell ekonomi från KTH samt studie- och yrkeserfarenhet av styrnings- och ledningsfrågor på verksamhetsnivå.⁶² De fick alla genomgå en utbildning i managementmetoderna och den insamlingsmetodik som används i studien. Detta för att säkerställa deras förståelse för de managementmetoder och deras användande som vi undersöker samt för att ge insikt om erfarenheter från tidigare intervjuer med verksamhetschefer. Tre av intervjuarna hade tidigare deltagit i vår studie som med samma metod samlade in data om managementmetoder inom äldreomsorgen. Intervjuarna var uttryckligen rekryterade utifrån sin förmåga att med relativt hög säkerhet göra bedömningar om styrning och ledning för de 19 inkluderade managementmetoderna. Intervjuarna hade således en djup förståelse för vad metoderna avser och hur de bör tillämpas. Detta innebar att behovet av kontroll av intervjuarnas bedömningar genom till exempel duplicerande oberoende intervjuer med samma chef ansågs lägre än normalt vid genomförandet av den här typen av studier. Vid några tillfällen satt vi med och lyssnade under intervjuerna för att kontrollera att intervjuarnas bedömningar överensstämde med våra.

VÅRDCENTRALER SOM INGICK I UNDERSÖKNINGEN

Vi kontaktade alla 1 197 vårdcentraler i Sverige som listades av Socialstyrelsen 2014. Vi tog kontakt med ansvariga på vårdcentralerna i flera steg. Först skickade vi ett personligt mejl till den som stod som verksamhetschef för respektive vårdcentral med information om att vi genomförde en vetenskaplig undersökning om styrning och ledning inom vården och att vi inom kort skulle höra av oss genom ett telefonsamtal. Därefter följde ett telefonsamtal där intervjuaren försökte boka tid för en intervju. Upp till tre telefonsamtal gjordes till varje vårdcentral för att få tala med dess verksamhetschef. I sista steget genomfördes en intervju som tog ungefär 45 minuter. I de fall där vi inte fick kontakt med verksamhetschefen repeterades processen med ett nytt utskick av personliga email följt av upp till tre uppringningar per telefon. Samtliga steg bokfördes för att säkerställa variation i uppringningstillfällena och för att kunna analysera bortfallet.

Totalt genomfördes intervjuer med enskilda verksamhetschefer på 119 vårdcentraler. Det ger en svarsfrekvens på 10 procent. Svarsfrekvensen är lägre än i flera av de studier som tidigare använt samma intervjumetod;

62. Två av dem hade även viss erfarenhet av styrning och ledning inom vården.

till exempel rapporterar Bloom och Van Reenen⁶³ en svarsfrekvens på 44 procent i en internationell studie. En viktig förklaring till skillnaden är att vår studie kräver medverkan av just verksamhetschefen som inte kan ersättas av någon annan i chefsposition på samma vårdcentral. För de andra studierna med liknande metodik har urvalet möjliggjort potentiellt deltagande av flera personer inom den enskilda verksamheten, vilket gör det lättare att få in svar.⁶⁴ Kravet på en intervju med verksamhetschefen i vår studie är dock i linje med andra studier om managementmetoder som genomförts, såsom Industrial Excellence Award (IEA) och International Manufacturing Strategic Survey (IMSS), där kravet är att chefens specifika befattning överensstämmer för att säkerställa jämförbarhet.⁶⁵

Vår tidigare studie om managementmetoder inom den svenska äldreomsorgen hade en högre svarsfrekvens: 21 procent. En tydlig skillnad gentemot den här studien om vårdcentraler har varit verksamhetschefernas tillgänglighet. Utbrett användande av datoriserade telefonslussar har förhindrat direktkontakter med verksamhetschefen på många vårdcentraler trots att personliga kontakt detaljer funnits tillgängliga och använts för att informera om studien samt skicka inbjudan per e-post med påföljande telefonuppringningar. Jämfört med den tidigare studien av äldreboenden är det en högre andel av de medverkande verksamhetscheferna som har erbjudit sig att delta genom att svara per e-post i stället för vid telefonsamtal. Som jämförelse kan SCB:s undersökning av vårdcentraler från 2015 nämnas, där svarsfrekvensen låg på 30 procent (286 vårdcentraler deltog av 941). Det är betydligt lägre än den svarsfrekvens på runt 85 procent som SCB brukar erhålla i jämförbara studier.⁶⁶

63. Bloom och Van Reenen (2010b).

64. Som nämndes ovan har Bloom och Van Reenen i sina studier om tillverkningsindustrin sökt efter chefer med insyn i användandet av managementmetoder i verksamheten (Bloom och Van Reenen 2010b). Men chefens specifika befattning har inte fastställts på förhand, vilket gör det möjligt att vid behov kontakta flera personer i chefsposition för varje enskild verksamhet.

65. Båda dessa studier utforskar hur konkurrenskraftiga företag blir genom tillämpning av olika managementmetoder. De har använts för att undersöka företag i flera länder världen över.

66. Rapporten (SCB 2015) anger tre orsaker till den lägre svarsfrekvensen: frivillighet att delta utan uppgiftslämnarplikt, många felaktiga kontaktuppgifter i existerande databaser samt det faktum att de sökta uppgifterna inte finns tillgängliga inom organisationen och att respondenten därför finner det alltför betungande att ta fram eller själv uppskatta uppgifterna.

Den låga svarsfrekvensen i vår studie innebär att uppgifter och slutsatser om vårdcentralerna måste tolkas med försiktighet. Vi analyserar bortfallet i Appendix D. Såvitt det går att bedöma avviker de vårdcentraler som ingår i vår studie inte särskilt mycket från alla vårdcentraler i Sverige. En skillnad, som vi tar hänsyn till genom att använda vikter, är att privata vårdcentraler är underrepresenterade i vår studie.

INTERVJUPERSONERNA OCH INTERVJUNS UPPLÄGG

Intervjuerna gjordes med den högsta ansvariga chefen på vårdcentralen, det vill säga på enhetsnivå. Notera att det i vissa fall förekommer att samma person är verksamhetschef för flera vårdcentraler. I vårt datamaterial ingår 14 vårdcentraler vars chef även är chef för en eller två andra vårdcentraler i datamaterialet. Detta är inte ett problem utan ger möjlighet till flera intressanta jämförelser, till exempel hur kunskap om fungerande arbetsmetoder sprids inom organisationer.

STUDIENS VALIDITET

Ett potentiellt problem för studiens validitet är att insamlade data är baserade på den intervjuades beskrivning av rådande förhållanden snarare än på direkta observationer av dessa. För att minska detta problem har intervjuaren bedömt svaren om managementmetoder utan att informera den intervjuade chefen om hur bedömningen görs. Intervjuaren hade å sin sida inte någon förhandsinformation om enskilda vårdcentraler. Detta så kallade *double blind*-förfarande är vedertaget vid denna typ av studier. Vi genomförde även ett mindre antal verksamhetsbesök för att observera förhållanden och förbättra förmågan att sammanställa enkäten och sedan tolka de insamlade resultaten. Flera av intervjuerna gjorde besök på vårdcentraler för att bättre förstå rådande förhållanden och underlätta interaktionen med verksamhetscheferna under intervjuerna.

Poängsättning av managementmetoder

Intervjuerna gjordes i form av öppna frågor, till exempel: »Hur tillvaratas idéer och erfarenheter från personal, patienter och närstående organisationer?« En sluten version av denna fråga skulle vara: »Tar ni till vara idéer och erfarenheter från personal, patienter och närstående organisationer?« med ett ja eller ett nej som förväntat svar. Öppna frågor är

inte lika ledande – slutna frågor kan ofta antyda vad som betraktas som standardförfarande. För varje managementmetod följde intervjuaren upp med fler frågor, ofta genom att be om ett exempel. Den nyss nämnda frågan följdes till exempel upp med frågan: »Kan du ge ett exempel på en förbättring som genomfördes på grund av sådant deltagande?«.

Intervjuaren tog anteckningar under intervjun. Efter intervjun poängsatte intervjuaren varje managementmetod på en skala från 1 (*worst practice*) till 5 (*best practice*), utifrån de svar som erhöles, enligt i förväg bestämda kriterier.

EXEMPEL PÅ POÄNGSÄTTNINGSKRITERIER

Ett exempel på poängsättning är hur metoden *Konsekvenshantering* bedöms. I detta fall bygger poängsättningen bland annat på frågan: »Om ni har beslutat om en uppföljningsplan på ett möte, vad händer om den inte följs?« Den lägsta poängen (1) delas ut om misslyckanden att nå överenskomna mål inte medför några konsekvenser alls medan den högsta poängen (5) delas ut om misslyckanden att nå överenskomna mål medför utbildning inom svagare områden eller omflyttning av personal utifrån var deras kompetens passar bäst.

Ett annat exempel på hur poängsättningen gjordes är att följande kriterier användes för att poängsätta metoden *Förflyttning av lågpresterande personal*:

- 1 poäng: lågpresterande medarbetare får sällan lämna sin position eller sitt arbete.
- 3 poäng: lågpresterande medarbetare får stanna på sin position i minst ett år innan åtgärder vidtas.
- 5 poäng: lågpresterande medarbetare får lämna vårdcentralen alternativt få mindre kritiska arbetsuppgifter så fort svagheter identifierats.

I allmänhet innebär ett värde på 1 att metoden används i verksamheten, ett värde på 3 att metoden finns tillgänglig men inte används i större utsträckning, och ett värde på 5 att metoden används på ett genomtänkt och utförligt sätt. Märk att specifika kriterier för poäng 2 och 4 saknas för alla frågor kring managementmetoder. De beskrivningar som finns är till för att ge intervjuaren parametrar inom vilka erhållna intervju svar passar in – inte för att i detalj specificera vad som krävs för att erhålla en viss poäng. En fördel med detta förfarande är att det blir enklare att aggregera

olika aspekter av managementmetoder såsom beskrivits tidigare. Men enkätens struktur ställer därför också högra krav på intervjuarens förmåga att förstå potentiell och faktisk användning av olika metoder för att kunna poängsätta korrekt. Därför har det varit viktigt att använda intervjuare med en god förståelse för relevanta managementmetoder.

Under intervjun gjorde intervjuaren också en bedömning av verksamhetschefens kunskap om managementmetoder, villighet att delge information och tålamod (på en femgradig skala). Dessutom noterades datum, tidpunkt och längd på varje intervju.

Total managementkvalitet och relation mellan olika delar av enkäten

Frågorna har grupperats i områden enligt den struktur som figur 4.1 beskriver. Notera att frågorna är oberoende av varandra; en viss vårdcentral kan få höga värden på en managementmetod och låga värden på en annan, både inom ett och samma område och mellan olika områden. Som man kan förvänta sig finns det dock i praktiken ganska starka samband mellan poängen på olika frågor, men ibland också stora skillnader mellan olika metoder inom olika vårdcentraler.

Som mått på total managementkvalitet använder vi ett oviktat genomsnitt av de 19 enskilda metoderna. Vi beräknar också oviktade genomsnitt för de tre områdena Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. Därtill ger studien värden på var och en av de 19 enskilda managementmetoderna. Som vi beskrivit bygger poängen på varje enskild managementmetod på flera frågor till verksamhetschefen (se Appendix A).

5.

Managementkvalitet vid svenska vårdcentraler

I detta och följande kapitel presenterar vi våra insamlade data om managementmetoder vid svenska vårdcentraler. Först beskriver vi de vårdcentraler som ingår i vårt datamaterial och sedan presenterar vi deskriptiv statistik för managementkvalitet vid dessa. Vi fokuserar på total managementkvalitet (genomsnittet över alla managementmetoder) och på managementkvalitet uppdelad i de tre områdena Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. Vi presenterar även värden för var och en av de 19 enskilda managementmetoderna.

Som beskrivs i tabell 5.1 omfattar vårt datamaterial 119 vårdcentraler: 81 offentliga och 38 privata. Det innebär att andelen privata vårdcentraler är 32 procent i vårt urval att jämföra med 42 procent i riket. Den genomsnittliga vårdcentralen har funnits i 27 år, har 32 anställda, varav 7 läkare, samt drygt 8 700 listade personer. Som väntat finns allmänmedicin angivet som verksamhetsområde på alla vårdcentraler som vi har intervjuat. Andra vanliga verksamhetsområden är barnhälsovård, diabetes och astma, som finns vid 78, 73 och 72 procent av de 119 vårdcentralerna. Av läkarna och sjuksköterskorna lämnade 6 procent verksamheten under den senaste tolv månadersperioden och 84 procent av personalen är medlemmar i en fackförening.

Det finns en del skillnader mellan vårdcentraler med olika typer av ägare. Vi kan till att börja med nämna att landstingens och regionernas egna vårdcentraler är äldre än de vårdcentraler som drivs i privat regi. Landstingets vårdcentraler har även fler anställda och en högre andel som är medlemmar i en fackförening. Däremot finns nästan ingen skillnad mellan offentliga och privata vårdcentraler när det gäller andel läkare

Tabell 5.1. Beskrivning av vårdcentralerna i vår undersökning.

	Alla vårdcentraler	Vårdcentraler i landstingets regi	Vårdcentraler i privat regi	Vårdcentraler i privat regi ägda av organisation som driver minst tre vårdcentraler
Ålder (år)	26,6	32,9	13,2	12,9
Antal anställda	31,6	34,3	25,6	26,4
Antal läkare	7,5	8,0	6,6	6,8
Antal listade	8 731	9 013	8 102	8 718
Andel i Stockholm, Västra Götaland, Skåne	44,5 %	40,7 %	52,6 %	59,1 %
Andel läkare och sköterskor som slutat senaste 12 månaderna	5,9 %	5,9 %	5,8 %	5,8 %
Fackföreningsmedlemskap	84,5 %	87,5 %	75,7 %	74,2 %
Antal vårdcentraler	119	81	38	22

Noter: Tabellen anger medelvärden och procentandelar. Tre av de vårdcentraler som drivs i privat regi har stiftelseform och en drivs som ekonomisk förening. De organisationer i som ingår i studien och som driver minst tre vårdcentraler är: Avonova, Backa läkarhusgruppen, Bräcke Diakoni, Capio, Hälsoringen, Legevisitten, Oxtorget/Söderhamnsfjärden, Praktikertjänst.

och sköterskor som slutat under de senaste 12 månaderna. Den andelen är dock något lägre bland de 22 privata vårdcentraler som ingår i en kedja.

VAD KÄNNETECKNAR VÅRDCENTRALERNAS VERKSAMHETSCHEFER?

Vid intervjuerna samlade vi in en del bakgrundsinformation om verksamhetscheferna. Som rapporteras i tabell 5.2 är 15 procent av de intervjuade verksamhetscheferna läkare medan 65 procent är sjuksköterska eller

Tabell 5.2. Beskrivning av verksamhetscheferna i vår undersökning.

	Alla vårdcentraler	Vårdcentraler i landstingets regi	Vårdcentraler i privat regi	Vårdcentraler i privat regi ägda av organisa- tion som driver minst tre vårdcentraler
Chefen är läkare	15,1 %	9,9 %	26,3 %	27,3 %
Chefen är sjuksköterska	64,7 %	76,5 %	39,5 %	45,5 %
Chefen är kvinna	75,6 %	82,7 %	60,5 %	58,3 %
År på nuvarande vård- central	6,8 (0,5; 37)	7,4 (0,5; 37)	5,7 (0,5; 21)	4,8 (1; 21)
År som chef på någon vårdcentral	6,3 (0,1; 23)	6,3 (0,5; 20)	6,3 (0,1; 23)	5,2 (0,1; 11)
Tidigare erfarenhet av ledar- skap i offentlig sektor	66,4 %	70,4 %	57,9 %	62,5 %
Tidigare erfarenhet av ledar- skap i privat sektor	24,4 %	11,1 %	52,6 %	54,2 %
Antal vårdcentraler	119	81	38	24

Noter: Tabellen anger procentandelar och medelvärden med minimum och maximum inom parentes. De organisationer i urvalet som driver minst tre vårdcentraler (i populationen) är: Avonova, Backa läkarhusgruppen, Bräcke Diakoni, Capio, Hälsoringen, Legevisitten, Oxtorget/Söderhamnsfjärden, Praktikertjänst. Erfarenhet av ledarskap i offentlig och privat sektor är inte ömsesidigt uteslutande (14 procent av cheferna har erfarenhet från båda sektorerna).

distriktssköterska.⁶⁷ 76 procent är kvinnor. Verksamhetscheferna har i genomsnitt arbetat 7 år på sin nuvarande arbetsplats och har 6 års erfarenhet som verksamhetschef (på sin nuvarande eller från någon annan

67. Bland de chefer som varken är läkare eller sjuksköterska finns både personer med en annan vårdbakgrund (till exempel sjukgymnast) och personer utan vårdbakgrund (till exempel med administrativ erfarenhet från andra branscher).

vårdcentral). De flesta av cheferna har också ledarskaps erfarenhet sedan tidigare, oftast från den offentliga sektorn.

Det finns flera skillnader mellan grupperna av vårdcentraler i tabell 5.2. Den mest slående skillnaden mellan offentliga och privata vårdcentraler i tabellen gäller ledarskaps erfarenhet från privat sektor. Medan 53 procent av verksamhetscheferna vid de privata vårdcentralerna har tidigare erfarenhet av ledarskap från den privata sektorn uppgår motsvarande andel för verksamhetscheferna vid offentliga vårdcentraler endast till 11 procent. Skillnaderna mellan offentliga och privata verksamhetschefer är betydligt mindre när det gäller ledarskaps erfarenhet från offentlig sektor. En annan tydlig skillnad är att privata vårdcentraler oftare har en läkare som verksamhetschef (i 26 procent av fallen mot 10 procent hos landstingens vårdcentraler). Verksamhetscheferna vid offentliga vårdcentraler har vidare arbetat på sin vårdcentral nästan två år längre än verksamhetscheferna vid privata vårdcentraler.

Total managementkvalitet för de studerade verksamheterna

I detta avsnitt redovisar vi våra mått på vårdcentralernas managementkvalitet, det vill säga i vilken utsträckning de 19 studerade managementmetoderna förekommer och hur väl de används. Vi börjar med att presentera fördelningen av total managementkvalitet för alla de 119 intervjuade vårdcentralerna. För varje vårdcentral beräknar vi total managementkvalitet som medelvärdet av poängen på de 19 managementmetoderna. På vår femgradiga skala ligger vårdcentralernas totala managementkvalitet mellan 2,68 och 4,79 med ett genomsnitt på 3,73 och en standardavvikelse på 0,47.⁶⁸ Liksom i vår föregående studie om styrning och ledning av äldreboenden indikerar detta att den genomsnittliga managementkvaliteten (avseende användning av olika managementmetoder) är god men att den skiljer sig mycket åt mellan vårdcentraler.⁶⁹

Att koppla en viss poäng till en praktisk värdering av hur bra ledning och styrning bedrivs är långt ifrån en exakt vetenskap. Ett genomsnitt

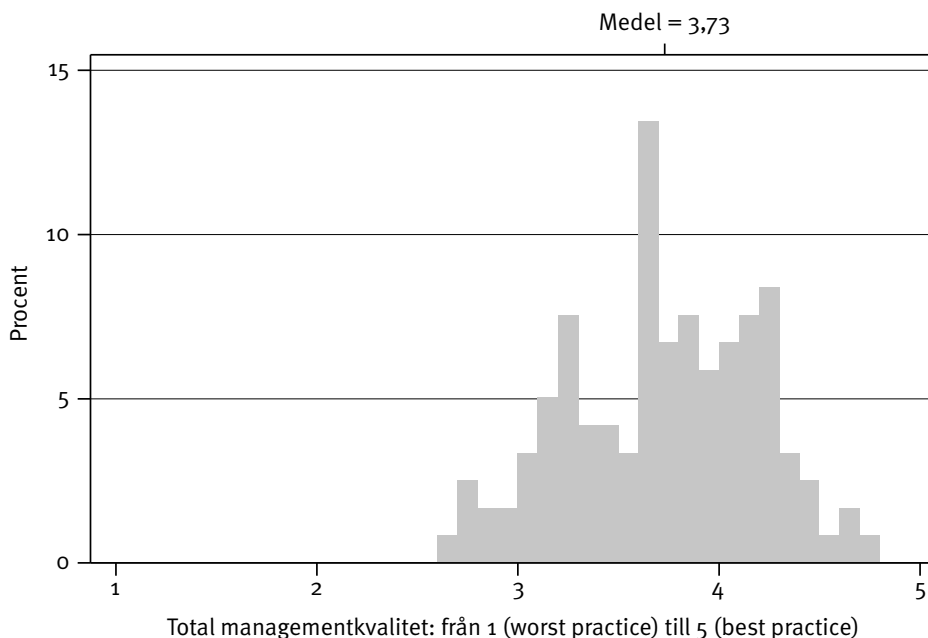
68. Standardavvikelse är ett statistiskt mått som anger spridningen av de observationer man studerar. Ju högre standardavvikelsen är, desto mer utspridda är observationerna.

69. Motsvarande studie av äldreboenden finns i Angelis och Jordahl (2014).

på 3,73 är dock relativt högt. Det innebär att mycket av det som bör göras för att driva verksamheten effektivt också blir gjort, om än inte alltid i lika hög grad som skulle vara möjligt. Som jämförelse kan nämnas att den totala managementkvaliteten för svenska äldreboenden tidigare har uppmätts till 3,45. Enligt dessa mätningar håller vårdcentraler alltså högre managementkvalitet än vad äldreboenden gör. Framför allt skiljer sig vårdcentraler från äldreboenden genom att inga vårdcentraler får riktigt låga värden. Det lägsta värdet bland äldreboenden var 1,50, vilket indikerar stora problem, medan det lägsta värdet för vårdcentraler är 2,68, vilket inte är alltför långt ifrån skalans mittpunkt (där metoderna används men inte på ett avancerat sätt). Andra studier har uppmätt att svenska företag i allmänhet uppnår ett genomsnitt på 3,18.⁷⁰ Detta antyder att styrning och ledning är relativt välutvecklade vid de svenska vårdcentraler som ingår i studien. Det är kanske inte så förvånande med tanke på att det under en längre tid gjorts satsningar på lean management inom svensk sjukvård. Läkare läser till exempel sedan flera år tillbaka kvalitets- och processorienterade kurser i lean och logistik under sin utbildning. Liknande kurser för sjuksköterskor finns även på Sophiahemmet, Karolinska Institutet och på andra högskolor. Jämfört med sjukhus är behovet av processförståelse dessutom inte lika stort på en vårdcentral. Verksamheten på ett sjukhus är mer komplex med sammanvävda och svårstandardiserade arbetsprocesser och logistikbehov utöver det som finns på en vårdcentral. Det innebär att liknande managementmetoder är enklare att tillämpa på en vårdcentral. Detsamma gäller om vi jämför vårdcentraler med äldreboenden. Verksamheten på äldreboenden är mer komplex och kräver mer i form av arbetsrutiner för en högre grad av samverkan mellan personal, inklusive återkopplingar mellan olika skift och arbetsmoment.

Figur 5.1 illustrerar spridning av managementkvalitet mellan vårdcentraler med låg och hög total managementkvalitet: 7 procent av vårdcentralerna har en totalpoäng under 3 (vilket tyder på vissa problem), medan 29 procent uppnår en totalpoäng över 4 (vilket är ett starkt resultat). Nio av tio vårdcentraler ligger mellan 2,84 och 4,47; hälften har en totalpoäng mellan 3,37 och 4,11. Dessa siffror visar på en relativt hög lägstanivå. Samtidigt utgör variationen över lägstanivån ett tecken på att förbättringar i många fall är möjliga. Den genomsnittliga nivån på

70. Bloom och Van Reenen (2010b).



Figur 5.1. Fördelning av total managementkvalitet.

managementkvalitet kan antingen höjas genom förbättringar på vårdcentraler med låg managementkvalitet eller genom att patienter flyttar från vårdcentraler med lägre till vårdcentraler med högre managementkvalitet så att vissa vårdcentraler tvingas stänga.⁷¹

En intressant fråga är vad som kännetecknar de vårdcentraler som har högst respektive lägst managementkvalitet. Tabell 5.3 beskriver utmärkande skillnader mellan vårdcentraler i topp- och bottendecilen, det vill säga den bästa och sämsta tiondelen av vårdcentraler enligt detta sätt att mäta managementkvalitet.

Tabell 5.3 visar på flera skillnader mellan de bästa och de sämsta vårdcentralerna när det gäller total managementkvalitet. Med en andel på 55 procent är privata vårdcentraler överrepresenterade bland de vårdcentraler som har högst managementkvalitet. Det verkar inte vara vårdcentraler som tillhör företag som driver flera vårdcentraler som står för överrepre-

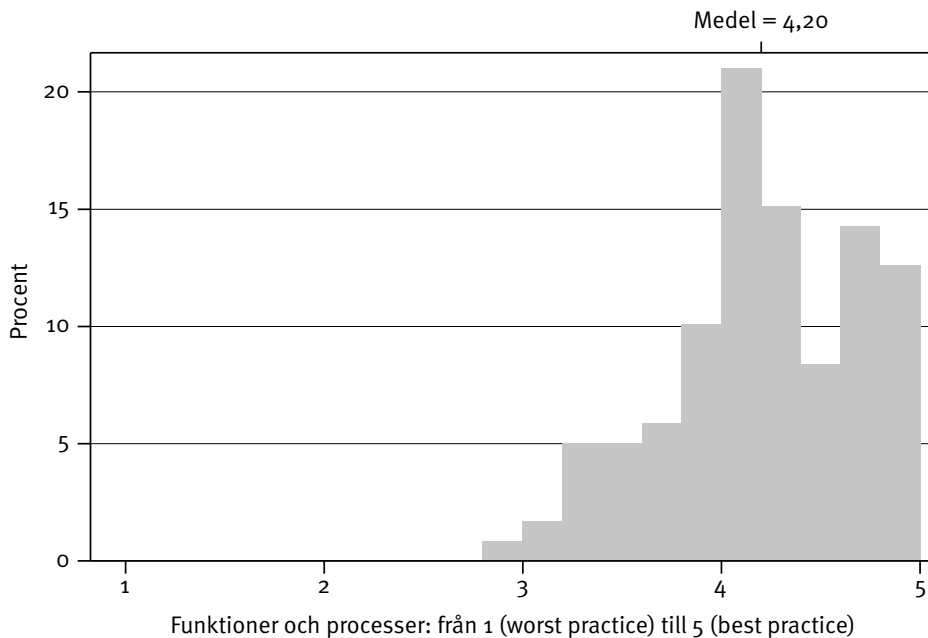
71. Även om en förflyttning av patienter till vårdcentraler med högre managementkvalitet inte leder till att några vårdcentraler tvingas stänga, ökar den patientviktade managementkvaliteten med en sådan förflyttning.

Tabell 5.3. Utmärkande egenskaper för vårdcentraler med hög och låg managementkvalitet.

	Toppdecil total managementkvalitet	Bottendecil total managementkvalitet
Andel offentliga vårdcentraler	45,4 %	66,7 %
Andel privata vårdcentraler	54,6 %	33,3 %
Andel vårdcentraler som tillhör företag som driver minst 3 vårdcentraler	9,1 %	8,3 %
Andel privata vårdcentraler i lands- tinget/regionen	36,2 %	31,4 %
Andel i Stockholm, Västra Götaland eller Skåne	54,5 %	25,0 %
Vårdcentralens ålder (median)	21 år	25 år
Chefen har tidigare ledarskaps- erfarenhet från privat sektor	54,5 %	25,0 %

sentationen, deras andel är lägre i toppen än i hela vårt urval. Bland de vårdcentraler som har lägst managementkvalitet är två tredjedelar offentliga och en tredjedel privata – precis som i hela vårt urval. De fyra vårdcentraler som antingen är stiftelser eller ekonomiska föreningar återfinns varken i toppen eller i botten av fördelningen.

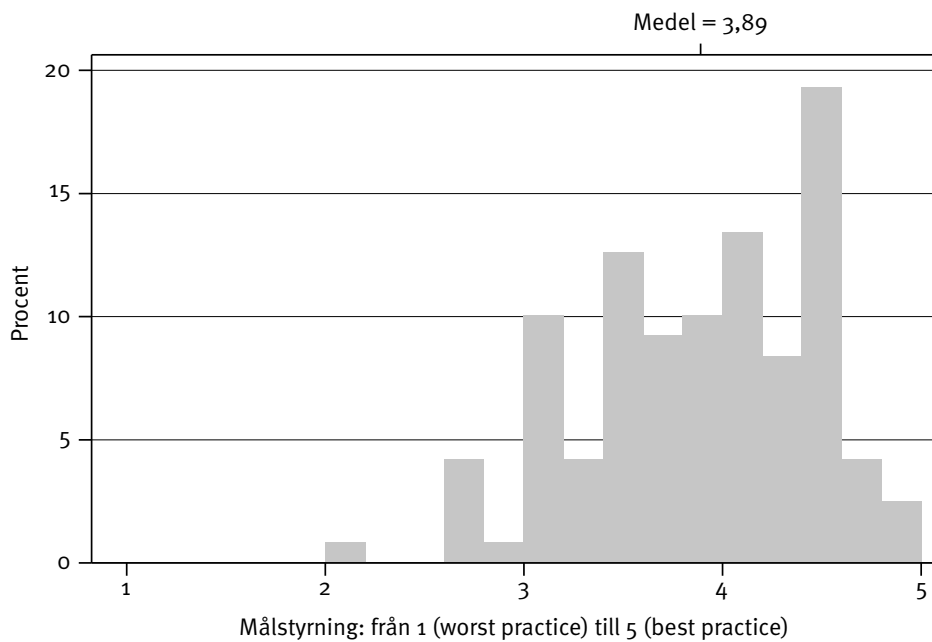
Vidare har vårdcentraler med hög managementkvalitet drivits fyra år kortare tid än vårdcentraler med låg managementkvalitet, sett till medianålder. Slutligen är ledarskaps-erfarenhet hos personalen från privat sektor mer än dubbelt så vanlig bland de vårdcentraler som har högst managementkvalitet jämfört med dem som har lägst. Vi återkommer till en mer systematisk analys av skillnaderna mellan vårdcentralerna med olika hög managementkvalitet i rapportens följande kapitel.



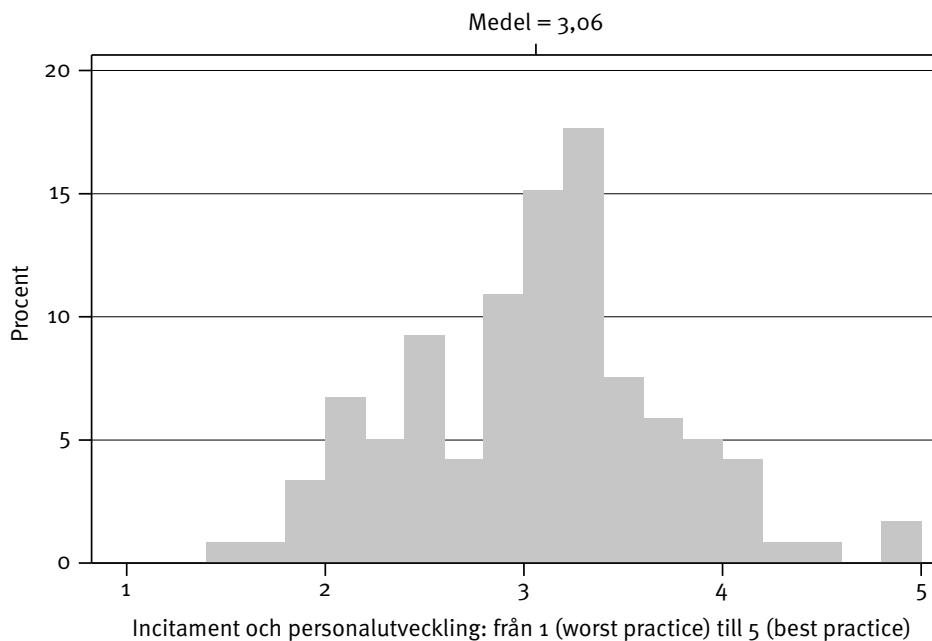
Figur 5.2. Fördelning av managementkvalitet på området Funktioner och processer.

Managementkvalitet inom de tre olika områdena

Figureorna 5.2–5.4 visar fördelningen av managementkvalitet inom de tre områdena Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. För alla tre områden är spridningen mellan vårdcentraler betydande. Området Funktioner och processer (i figur 5.2) utmärker sig med högst genomsnitt (4,20); relativt många vårdcentraler ligger på eller nära maxpoängen 5 medan ytterst få har en uppmätt managementkvalitet under 3. Området Målstyrning ligger lite lägre, men ändå med en relativt hög medelpoäng på 3,89. Området Incitament och personalutveckling utmärker sig däremot med relativt många vårdcentraler med låga poäng – sex vårdcentraler har en medelpoäng under 2 – och det lägsta medelvärdet (3,06). Samtidigt ligger några vårdcentraler nära 5 på alla managementmetoder inom området, vilket ger den högsta spridningen bland de tre områdena. Både det låga genomsnittet och den höga spridningen indikerar att det är på området Incitament och personalutveckling som störst förbättringar är möjliga. Sådana förbättringar vore



Figur 5.3. Fördelning av managementkvalitet på området Målstyrning.



Figur 5.4. Fördelning av managementkvalitet inom området Incitament och personalutveckling.

fördelaktiga av flera skäl, bland annat eftersom områdena är samverkande: kunnig och motiverad personal är avgörande för att managementmetoder i form av förbättringsarbete ska fungera väl.

Under intervjuerna återkom vissa begrepp som beskriver managementmetoder gång på gång, bland annat balanserade styrkort, lean och ständiga förbättringar. Det rör sig om begrepp som verksamhetscheferna verkar ha god kännedom om och använt kontinuerligt. Det framgick att implementering av dessa metoder krävde uppföljning för att säkerställa att de användes korrekt.

Mönstret med högst medelpoäng inom området Funktioner och processer och lägst inom området Incitament och personalutveckling överensstämmer med internationella jämförelser där företag i Sverige har uppmätts som världsledande inom området Funktioner och processer, men däremot ligger en bra bit efter världstoppen inom området Incitament och personalutveckling.⁷² Mönstret överensstämmer också med den föregående studien av äldreboenden, där området Incitament och personalutveckling också var underutvecklat jämfört med både Funktioner och processer och Målstyrning.⁷³

Managementkvalitet för de 19 managementmetoderna

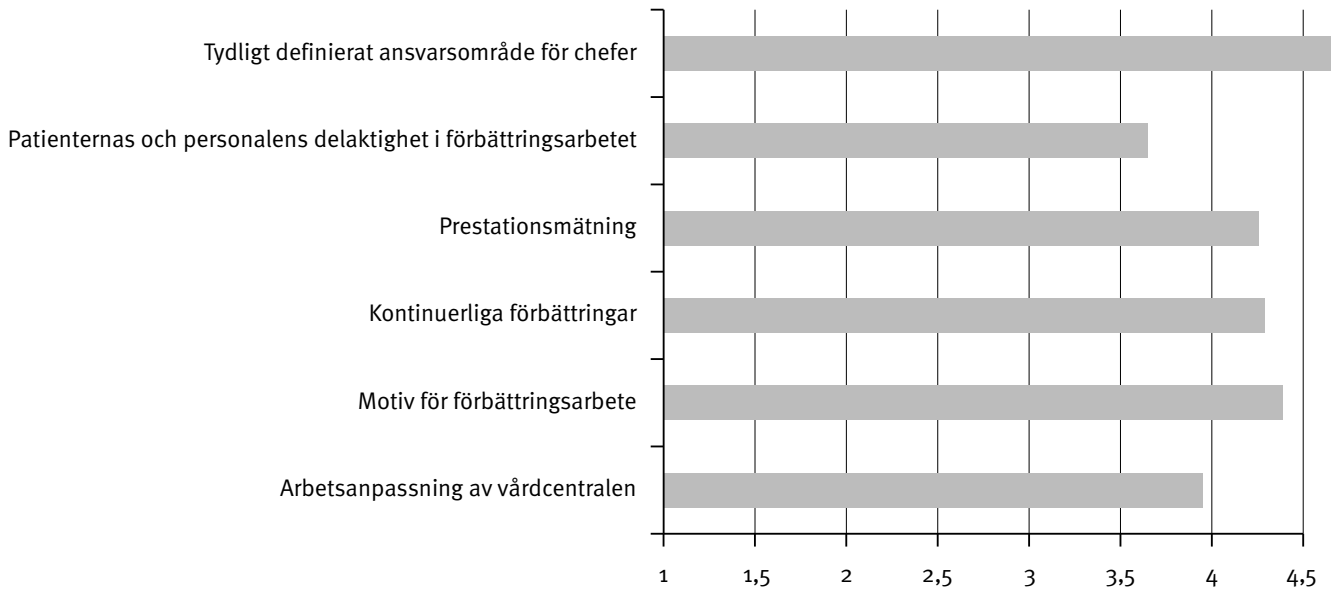
Figurerna 5.5–5.7 visar genomsnittspoängerna för de enskilda managementmetoderna inom de tre områdena Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling.

Som vi tidigare har sett håller managementmetoderna inom området Funktioner och processer överlag hög kvalitet. Här finns också den metod, *Tydligt definierat ansvarsområde för chefer*, som får högst genomsnittspoäng (4,66) av alla 19 metoder. Detta handlar om att ha formella ledarskapsroller och att ansvaret för att uppnå mål – både kvalitetsmål och kostnads mål – är förlagt på cheferna.

Även metoden *Motiv för förbättringsarbete* (4,39) innebär att nyttan med förbättringsarbete och dess syfte är relativt väl förankrad hos personalen. Det indikerar att tonvikt lagts vid kommunikation inom verksamheten och personalens förståelse för betydelsen av att komma med förslag

72. Bloom och Van Reenen (2010b).

73. Angelis och Jordahl (2014).



Figur 5.5. Genomsnittlig managementkvalitet för enskilda managementmetoder inom området Funktioner och processer.

på förbättringar inom arbetet och att dela med sig av egna observationer och insikter.

För metoden *Arbetsanpassning av vårdcentralen* påpekade en verksamhetschef att hela arbetet på vårdcentralen kretsar kring läkare. De hade försökt att styra om arbetet så att patienten bara fick träffa läkare när det verkligen behövdes, medan mycket av arbetet kan lösas av sjuksköterskor. Men eftersom möten med läkare används som styrmått av landstinget fick försöket avslutas. Planerade lösningar för bättre drift eller vårderbjudande kan alltså hamna i konflikt med de mått som används för extern eller intern styrning av verksamheten.

För de interna styrmåtten tog de intervjuade cheferna återkommande upp viktiga nyckeltal och hur de mäts och uppskattas genom indikatorer, så kallade KPI:er, med uttrycklig betoning på vikten av att dessa noggrant efterlevs.⁷⁴ Få av dessa nyckeltal var dock kopplade till själva styrningen av verksamheten och frågan om huruvida arbetet var effektivt, utan avsåg

74. KPI står för *Key Performance Indicator*.

i stället främst sjukdomar och medicinering.⁷⁵ Det indikerar att nyckeltal inte används för bättre verksamhetsdrift i den utsträckning som antalet mätetal kan ge sken av.

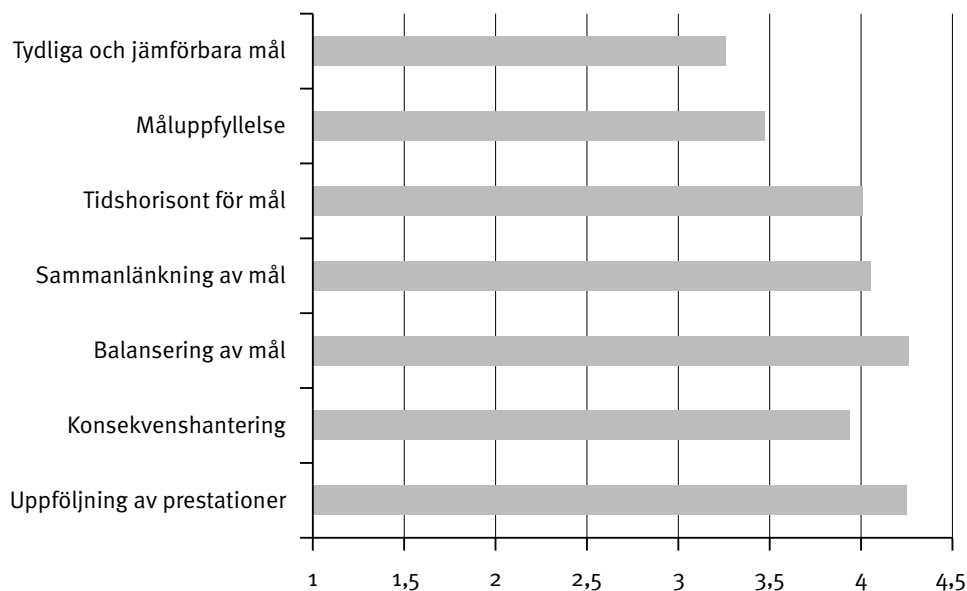
Vikten av enhetlighet för alla vårdcentralers mål och uppföljning nämndes ofta under intervjuerna. Till exempel uppgav en chef att den konsekventa tillämpningen av avvikelssystemet ger bra identifikation av avvikelser samt hur och när dessa åtgärdas. Vårdens aktörer är skyldiga att rapportera allvarliga avvikelser till nationella myndigheter, främst Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och Läkemedelsverket, som en del i arbetet med patientsäkerhet.⁷⁶ Det ska finnas rutiner och en utsedd person som är ansvarig för att hantera avvikelser vid varje vårdcentral. Sådan systematik vid insamling och rapportering av rådande förhållanden har uppfattats som ett föredöme för vad managementmetoder kan åstadkomma i verksamheten.

Vidare förefaller användningen av managementmetoder inte syfta till att uppnå stordriftsfördelar. Endast en verksamhetschef nämnde möjligheten att få fler patienter till vårdcentralen som ett eftersträvanvärt mål, och då med det uttalade målet att bli den största vårdcentralen i staden. Snarare har intervjuerna påvisat en uttrycklig strävan mot ökat patientvärde och effektivare drift, oberoende av vårdcentralens storlek.

Lägst medelpoäng inom området Funktioner och processer får metoden *Patienternas och personalens delaktighet i förbättringsarbetet* med 3,65. Metoden handlar om att i förbättringsarbetet ta till vara idéer och erfarenheter från patienter och personal, men även från anhöriga och närstående organisationer. Poängen är visserligen inte låg, men indikerar att jämfört med övriga managementmetoder inom området Funktioner och processer kan förbättringsarbetet vara begränsat. Det kan till exempel vara så att förbättringsarbetet är toppstyrt så att vissa idéer inte plockas upp. En annan viktig faktor är att personalen är relativt självständig i sitt arbete, med en låg grad av detaljstyrning av hur arbetet ska utföras. Detta har konsekvenser för tillämpningen av managementmetoder. Till exempel uppfattar inte personalen metoder kring förbättringsarbeten som hotande då det dagliga arbetet inte påverkas nämnvärt, vilket kan underlätta tillämpning av just sådana managementmetoder. Ett exempel på detta är att läkarens hanterande av en patient, till exempel exakt hur en undersökning

75. De flesta av dessa nyckeltal är lokala eftersom primärvården saknar många av de medicinska kvalitetsregister som har utvecklats för specialistvården.

76. Patientsäkerhetslagen 2010:659; SOSFS 2011:9.

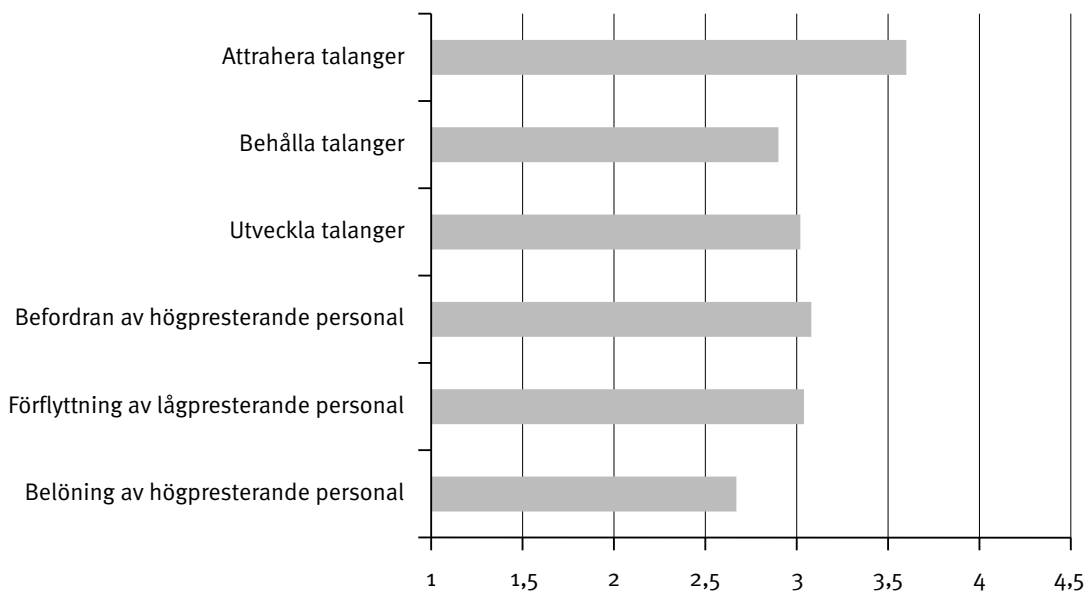


Figur 5.6. Genomsnittlig managementkvalitet för enskilda managementmetoder inom området Målstyrning.

av patienten genomförs, inte behöver ändras eftersom de managementmetoder som vi studerar inte påverkar undersökningsprocessen. Enskilda läkare med intresse för förbättringsåtgärder inom direkt kliniska arbetsmetoder kan förstås också vara pådrivande för användande av liknande metoder som används för arbetsflöden och styrfrågor, även om intresset för managementmetoder inom andra områden är svagt.⁷⁷

Inom området Målstyrning är det metoden *Balansering av mål* som får högst medelpoäng (4,26). Balanseringen syftar på att vårdcentralens prestationsmål bör vara breda och täcka in till exempel vårdkvalitet, väntetid, operativ effektivitet och finansiell balans i stället för att enbart fokusera på ett mål, till exempel kostnader. Nästan exakt samma poäng (4,25) får även metoden *Uppföljning av prestationer*, som handlar om att följa upp prestationer med lämplig regelbundenhet och kommunicera dem till personalen.

77. Detta överensstämmer med resultat från Jacobsson och Åhlströms (2011) studie kring läkarens roll vid implementering av olika managementmetoder för flödesorienterad vård.



Figur 5.7. Genomsnittlig managementkvalitet för enskilda managementmetoder inom området Incitament och personalutveckling.

Många verksamhetschefer påpekade att beslutsfattare på samhällsnivå (till exempel kommun eller landsting) verkade sakna erfarenhet på operativ nivå. Detta upplevde cheferna som att externa krav ofta leder till orealistiska mål. Ett relaterat problem som nämndes vid upprepade tillfällen under chefsintervjuerna var en bristande kontinuitet i ledning och styrning uppifrån och ner. Mål och arbetsmetoder ändras ofta, med nya system som ersätter system som ännu inte hunnit implementeras. Den till synes bristande långsiktigheten i arbetet beskrevs av en verksamhetschef som att »det finns alltför många konsulter som pekar ut konkreta problem, men inte någon som ser över den stora bilden, hur allting hänger ihop«.

Figur 5.7 visar att metoderna inom området Incitament och personalutveckling, med ett undantag, får relativt låga genomsnittspoäng. Allra lägst hamnar metoden *Belöning av högpresterande personal* med 2,67. Det indikerar att goda prestationer inte riktigt belönas i proportion till vad de bidrar med till verksamheten. Även metoden *Behålla talanger* hamnar lågt med ett genomsnitt på 2,90. Det innebär att högpresterande medarbetare som vill lämna vårdcentralen inte sällan tillåts göra detta utan att ledningen gör några större försök att behålla dem.

Högre än de andra metoderna hamnar *Attrahera talanger* med ett genomsnitt på 3,60. Det tyder på att vårdcentralerna arbetar aktivt med rekrytering. När det gäller att attrahera talanger så nämnde flera intervjuade chefer att användandet av hyrläkare var indikativt på oförmåga att rekrytera och anpassa arbetet efter existerande förmåga. Hyrläkare ansågs också förhindra den enhetlighet och kontinuitet i arbetet som krävs.

En verksamhetschef gav en talande kommentar till metoden *Förflyttning av lågpresterande personal*. Chefen påpekade att det är en mycket lång och i praktiken näst intill omöjlig process att avskeda personal. Samtidigt uppfattas en omplacering av någon som inte sköter sitt jobb som otillfredsställande eftersom personen ifråga då endast flyttas till en annan vårdcentral. Flera chefer såg därför förmågan att välja rätt personal till att börja med som den viktigaste personalrelaterade managementfrågan, snarare än kompetensutveckling eller förflyttning.

Avslutningsvis konstaterar vi att styrning och ledning verkar fungera väl på de svenska vårdcentraler som ingår i vårt urval. Detta gäller framför allt på områdena Funktioner och processer samt Målstyrning. Området Incitament och personalutveckling fungerar inte lika bra enligt våra mätningar, vilket innebär att den största förbättringspotentialen finns på det området. Vårdcentralerna bör bland annat kunna förbättra hur de belönar högpresterande medarbetare och hur de tar vara på personalens förbättringsförslag.

6.

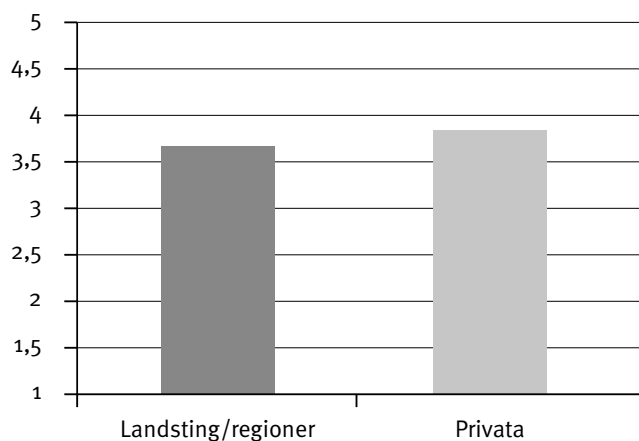
Jämförelser mellan offentliga och privata vårdcentraler

Vi har sett att det finns utrymme för förbättringar av styrning och ledning vid svenska vårdcentraler. I många fall gäller detta styrning och ledning i allmänhet, även om det verkar vara på området Incitament och personalutveckling som de största förbättringarna tycks vara möjliga.

I det här kapitlet jämför vi styrning och ledning mellan olika typer av vårdcentraler. Vi jämför först och främst landstingens och regionernas vårdcentraler med privata vårdcentraler, men delar även upp de privata i vårdcentraler som tillhör och som inte tillhör en kedja. Enligt det *best practice*-tänkande som vi utgår från visar eventuella skillnader mellan dessa grupper var användandet av managementmetoder är eftersatt och förbättringspotentialen därmed större. Skillnaderna är också intressanta eftersom de ger perspektiv på de privata vårdcentralernas framväxt, som till stor del inträffat efter införandet av vårdval.

I vår jämförelse börjar vi med att jämföra landstingens och regionernas vårdcentraler med de privata. Figur 6.1 visar att privata vårdcentraler i genomsnitt har något högre managementkvalitet än landstingens och regionernas vårdcentraler. Skillnaden på 0,14 enheter är dock av begränsad storlek och på gränsen till vad som brukar betraktas som statistiskt signifikant.⁷⁸ De privata vårdcentralerna uppvisar något större spridning än

78. Att vårt datamaterial består av 119 observationer innebär att det krävs ganska stora skillnader för att uppnå statistisk signifikans. Skillnaden mellan landstingens och regionernas vårdcentraler och de privata är statistiskt signifikant på tioprocentnivå men inte på femprocentnivå.

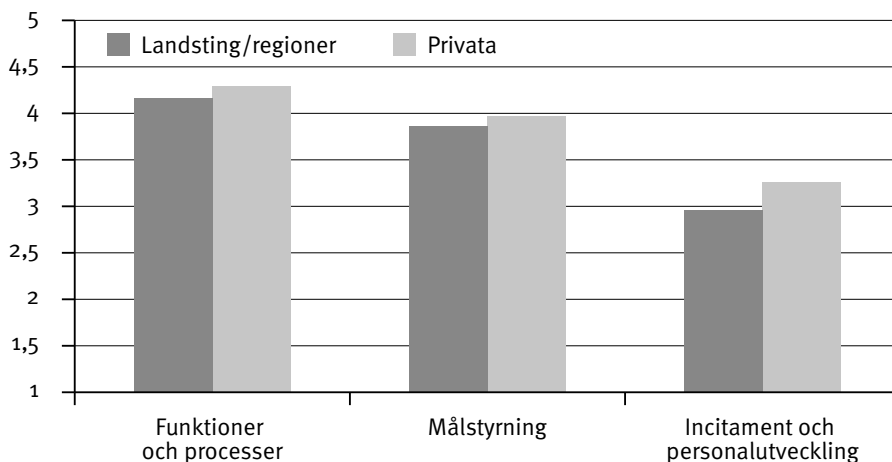


Figur 6.1. Genomsnittlig total managementkvalitet vid offentliga och privata vårdcentraler.

de offentliga. Både den vårdcentral med lägst (2,68) och den med högst total managementkvalitet (4,79) är privata.

De 22 privata vårdcentraler som tillhör en organisation som driver minst tre vårdcentraler visar sig ha ungefär lika hög total managementkvalitet (3,83) som privata vårdcentraler i allmänhet. Med andra ord verkar inte användandet av managementmetoder vid en vårdcentral ha gynnats av att erfarenhet och kunskap om metoderna varit tillgängliga inom samma företag. Tyvärr har vi inte tillräckligt många observationer för att studera ännu mindre grupper av vårdcentraler för att se om det finns andra skillnader i hur managementmetoderna används. Vi har till exempel bara intervjuat fyra privata vårdcentraler som inte är vinstsyftande (ekonomisk förening eller stiftelse) och nio vårdcentraler som tillhör något av de största företagen (Capio och Praktikertjänst).

Figur 6.2 visar hur offentliga och privata vårdcentraler skiljer sig åt på de tre områdena av managementkvalitet som vi mäter. Figuren visar att både offentliga och privata vårdcentraler får högst poäng på området Funktioner och processer, lägst poäng på området Incitament och personalutveckling med området Målstyrning där emellan. För alla de tre områdena gäller att privata vårdcentraler får högre poäng än offentliga. Den största och enda statistiskt signifikanta skillnaden finns på området Incitament och personalutveckling. Privata vårdcentraler hemmahörande hos företag som driver minst tre vårdcentraler ligger något under den all-



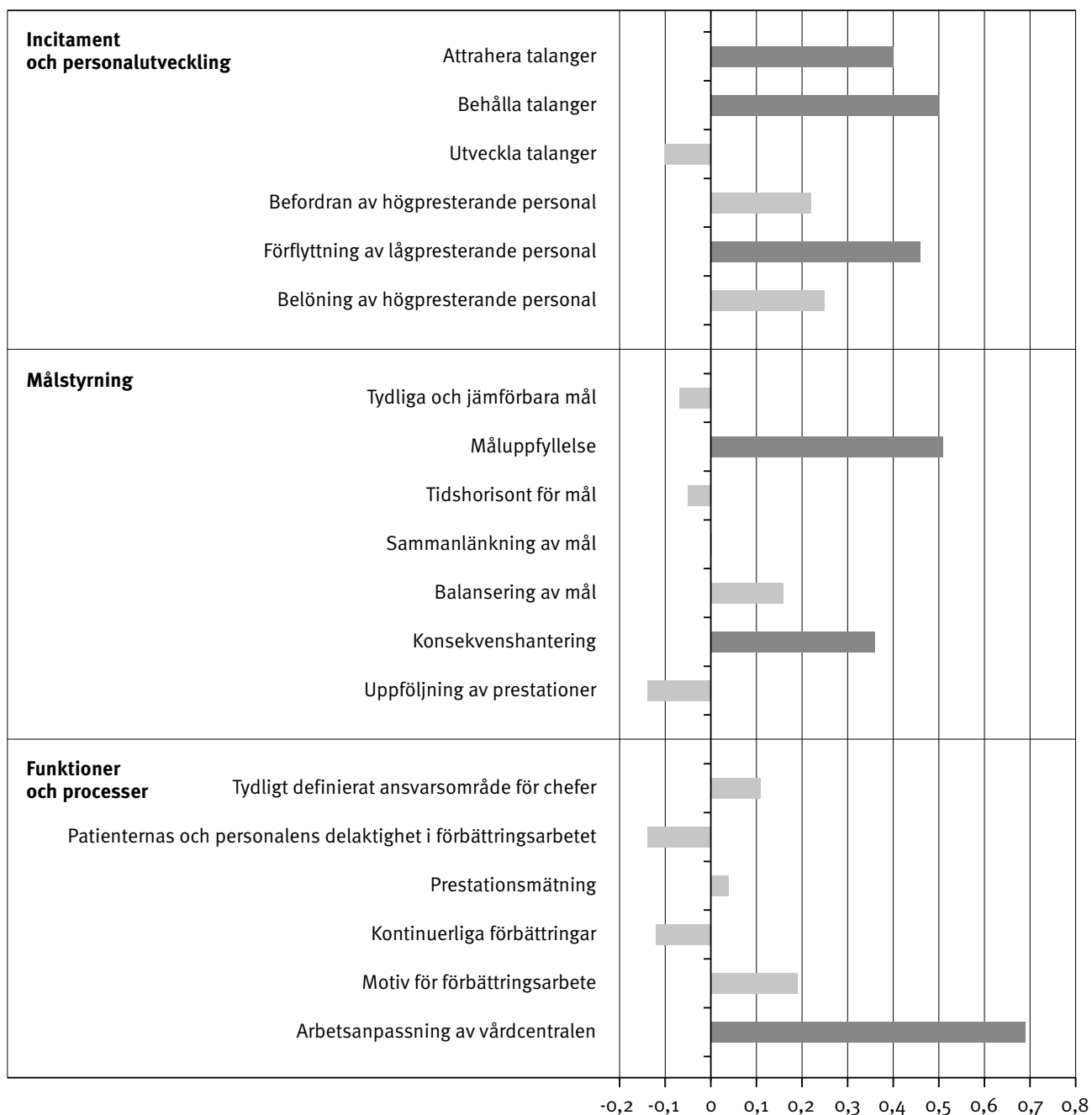
Figur 6.2. Genomsnittlig managementkvalitet inom tre områden för olika grupper av äldreboenden.

männa nivån för privata vårdcentraler på alla tre områdena. Dessa skillnader är dock små och långt ifrån statistiskt signifikanta.

Efter dessa jämförelser detaljstuderar vi skillnaderna mellan offentliga och privata vårdcentraler. Figur 6.3 visar hur privata vårdcentraler skiljer sig från offentliga för var och en av de 19 studerade managementmetoderna. Privata vårdcentraler visar sig ha högre uppmätt kvalitet på 13 av de 19 studerade managementmetoderna. Sex av dessa skillnader är statistiskt signifikanta på tioprocentnivå eller bättre.⁷⁹ För de managementmetoder där offentliga vårdcentraler har högre kvalitet är skillnaderna mindre och inte statistiskt signifikanta.

Allra störst är skillnaden, 0,7 enheter på den femgradiga skalan, för metoden *Anpassning av vårdcentralen*, som bland annat testar hur väl vårdcentralens planlösning i form av lokaler och patientanpassning stämmer överens med personalens arbetsrutiner. Skillnaden kvarstår även om vi håller vårdcentralernas ålder konstant för att ta hänsyn till att privata vårdcentraler i genomsnitt inte är lika gamla som offentliga. För övriga managementmetoder inom området Funktionen och processer är skillnaderna relativt små. Inom området Målstyrning finns en stor skillnad för metoden *Måluppfyllelse*, som handlar om att personalens mål bör vara

79. Av dessa sex managementmetoder är alla utom metoden *Konsekvenshantering* även statistiskt signifikanta på femprocentnivå.



Figur 6.3. Skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler, metod för metod.

Not: En positiv skillnad innebär en högre poäng för privata än för offentliga vårdcentraler. Mörkgrå staplar visar skillnader som är statistiskt signifikanta på tioprocentnivå. Ljusgrå staplar visar skillnader som lika gärna kan vara en slumpmässig variation.

lagom utmanande; varken för svåra eller för lätta att uppnå. På samma område märks också metoden *Konsekvenshantering*, enligt vilken det bör medföra konsekvenser för ansvarig personal att lämna problem olösta. Inom området Incitament och personalhantering uppvisar tre managementmetoder statistiskt signifikanta skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler: *Attrahera talanger*, *Behålla talanger* och *Förflyttning av lågpresterande personal*. En vårdcentral attraherar och behåller talanger om det finns goda skäl att börja arbeta där och om man aktivt försöker övertala nyckelpersoner att stanna kvar ifall de funderar på att byta arbetsplats. Förflyttning av lågpresterande personal handlar om att hantera personer som inte klarar av sitt jobb. En sådan situation kan inte tillåtas under någon längre tid i en välfungerande verksamhet. Jämfört med offentliga vårdcentraler vidtar privata vårdcentraler jämförelsevis snabbt åtgärder i form av omplacering eller uppsägning av personer som inte sköter sina arbetsuppgifter.

Bland de managementmetoder där offentliga vårdcentraler får högre poäng är skillnaden störst för metoden *Patienternas och personalens delaktighet i förbättringsarbetet*, som handlar om att ta vara på förslag och erfarenheter från patienter och personal samt även från närstående organisationer. Skillnaden är dock mindre än de nyss beskrivna skillnaderna och inte statistiskt signifikant.

Att de privata vårdcentralerna uppvisar högre managementkvalitet innebär att de offentliga är i större behov av förbättrad styrning och ledning. Det kan möjligen också indikera att vårdcentralernas styrning och ledning har förbättrats i takt med att privata vårdcentraler har etablerats, inte minst efter införandet av det nationella vårdvalet. Samtidigt måste vi betona att den genomsnittliga skillnaden mellan offentliga och privata vårdcentraler är mycket mindre än skillnaderna inom varje regiform. Vi har till exempel redan nämnt att både den vårdcentral med högst och den med lägst total managementkvalitet drivs i privat regi.

7.

Vad ligger bakom skillnaderna i managementkvalitet?

Vi har sett att privata vårdcentraler i vår studie i genomsnitt bedöms ha något högre managementkvalitet än offentliga vårdcentraler och att denna skillnad är störst för området Incitament och personalutveckling. Det finns många möjliga förklaringar till en sådan skillnad och det vore förhastat att direkt tolka skillnaden som ett orsakssamband som anger hur managementkvaliteten kan förväntas förändras om en vårdcentral skulle övergå från landstinget till ett privat företag. Det kan finnas andra faktorer som är viktigare för vårdcentralernas styrning och ledning. I det här kapitlet använder vi regressionsanalys för att undersöka om skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler är stabil och om det finns andra bakomliggande faktorer som verkar utöva ett starkare inflytande. Regressionsanalys är en statistisk metod med vilken man kan studera hur en så kallad beroende variabel samvarierar med ett antal så kallade förklarande variabler.

I vårt fall undersöker vi samvariationen mellan å ena sidan total managementkvalitet, som är kapitlets beroende variabel, och å andra sidan ett antal variabler som kännetecknar vårdcentraler, inklusive deras regiform (offentlig eller privat) samt ett antal så kallade kontrollvariabler som tar hänsyn till bakomliggande förhållanden på landstingsnivå och till hur intervjuerna genomfördes. Enligt en vanlig beskrivning av regressionsanalys kan vi därmed få reda på hur total managementkvalitet beror på vårdcentralernas regiform när vi håller andra möjliga påverkansfaktorer konstanta. Vi vill dock betona att sådana tolkningar av orsak och verkan

i vårt fall måste betraktas som tentativa. Vi kan bara undersöka om variationen i vårt datamaterial är konsistent med en viss förklaring, utan att säkerställa några bakomliggande orsaker. Det beror bland annat på att vi bara observerar en vårdcentral vid en tidpunkt och inte följer den över tiden. Att vi inte arbetar med intervjuer från fler än 119 vårdcentraler för också in osäkerhet i den statistiska analysen.

Generella skillnader

Regressionsanalysen bekräftar att privata vårdcentraler har högre managementkvalitet än offentliga. Skillnaden är relativt stabil när vi stegvis tar hänsyn till fler variabler. Som vi visade i kapitel 6 uppgår den enkla skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler till 0,14 enheter på den femgradiga skalan av managementkvalitet. Den skillnaden ökar till 0,24 när vi tar hänsyn till andra variabler som beskriver vårdcentraler: deras ålder, storlek (antal anställda och listade) och genomsnittlig socioekonomisk tyngd (CNI). Av dessa variabler är det bara CNI som uppvisar ett märkbart samband med total managementkvalitet. Vårdcentraler med högre CNI tenderar att ha högre managementkvalitet. Skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler förändras sedan inte mycket när vi lägger till variabler på landstingsnivå: befolkning, befolkningstillväxt, befolkningstäthet, befolkningsandel som är 65 år och äldre, befolkningsandel som har minst en treårig eftergymnasial utbildning samt medianinkomst. Av dessa variabler är det medianinkomst som verkar mest relevant: vårdcentraler i landsting med höga inkomster tenderar att ha något lägre total managementkvalitet.

Till sist lägger vi på så kallade bruskontroller som tar hänsyn till när och av vem intervjuerna gjordes. Inte heller detta förändrar skillnaden speciellt mycket. I den slutliga modellen, som innehåller flest kontrollvariabler, uppgår skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler till 0,25 enheter. Skillnaden är statistiskt signifikant på tioprocentnivå. Detaljerade resultat från regressionsanalysen finns i tabell B1 i Appendix B.

Vi har även genomfört motsvarande regressionsanalyser för de tre områdena Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. Skillnaden i managementkvalitet mellan offentliga och privata vårdcentraler är störst för området Incitament och personalutveckling. Vårdcentraler där de listade har sämre socioekonomiska förutsättningar (hög CNI) har framför allt högre managementkvalitet på området Målstyrning.

Verksamhetschefernas bakgrund och erfarenhet

Managementmetoder sprids relativt långsamt, eftersom de ofta överförs genom att personer med erfarenhet får implementera dem i en ny organisation. Av denna anledning ställde vi under intervjuerna också några frågor om chefernas bakgrund och erfarenheter. Hela 83 procent av verksamhetscheferna ingår i något nätverk där deltagarna delar ledarskaps erfarenheter och kunskap. Den andelen var ungefär lika hög bland cheferna i vår tidigare studie av äldreboenden. Och som vi såg i kapitel 5 har 66 procent av cheferna ledarskaps erfarenhet från offentlig sektor och 24 procent har det från privat sektor. 76 procent av verksamhetscheferna är kvinnor.

Ledarskaps erfarenhet från privat sektor uppvisar ett positivt samband med total managementkvalitet. Verksamhetschefens tid på vårdcentralen uppvisar ett negativt samband. Båda dessa samband är statistiskt signifikanta. Till skillnad från en uppmärksammat amerikansk studie av sjukhus finner vi dock inte högre managementkvalitet där verksamhetschefen är läkare⁸⁰ – eller för den delen sköterska (sjuksköterska eller distriktssköterska). Vi hittar heller inga samband med managementkvalitet för totalt antal år som chef på någon vårdcentral, tillgång till ett ledarskapsnätverk eller tidigare ledarskaps erfarenhet från offentlig sektor. Vi finner däremot en könsskillnad. Vårdcentraler med en man som verksamhetschef har högre managementkvalitet än vårdcentraler med en kvinna som verksamhetschef. Skillnaden är ungefär lika stor som den mellan privata och offentliga vårdcentraler och genomgående statistiskt signifikant. Hur denna könsskillnad ska tolkas är dock svårt att säga. I den tidigare SNS-studien om äldreboenden fanns inget samband mellan managementkvalitet och verksamhetschefens kön.⁸¹ Könsskillnaden kvarstår även när vi jämför läkare med läkare och sköterskor med sköterskor.⁸² De kvantitativa resultaten från denna regressionsanalys finns i tabell B2 i Appendix B.

80. Goodall (2011).

81. För jämförelse kan nämnas att av andra studier som använt samma surveyverktyg har Bloom m.fl. (2010b) funnit samband mellan andel av kvinnliga chefer och förekomst av familjevänliga arbetsförhållanden, medan andra samband med t.ex. vårdkvalitet eller lönsamhet inte har påvisats. Möjligen kan könsskillnaden vara relaterad till slutsatsen i två studier av Nylinder (2009 och 2011), nämligen att kvinnliga verksamhetschefer inom vård och omsorg känner sig mer låsta av ekonomiska ramverk än vad manliga verksamhetschefer gör.

82. Eftersom den här studien inte handlar specifikt om könsskillnader gör vi ingen djupare undersökning av vilka andra underliggande faktorer som kan ge upphov till den observerade könsskillnaden mellan verksamhetschefer.

När vi kontrollerar för verksamhetschefernas bakgrund och erfarenhet minskar skillnaden mellan privata och offentliga vårdcentraler från 0,25 till 0,18 och är inte längre statistiskt signifikant. Det tyder på att den högre managementkvaliteten på privata vårdcentraler delvis beror på att man rekryterar andra typer av chefer, till exempel personer med erfarenhet från privat sektor.

Vi har till sist beaktat att vissa chefer har ansvar för två eller flera vårdcentraler. I dessa fall har då cheferna intervjuats flera gånger, med varje intervju riktad mot en enskild vårdcentral. Vårdcentraler med samma chef uppvisar ett relativt homogent användande av managementmetoder, med relativt små skillnader i enstaka metoder. Det är också vad man kan förvänta sig, givet att tillämpningen av metoderna främst är en ledningsfråga. Det krävs inte större finansiella investeringar eller tekniskt kunnande för att introducera eller tillämpa managementmetoderna utöver viss utbildning av personalen. Vi hittar ingen statistiskt säkerställd skillnad i managementkvalitet mellan vårdcentraler vars chef driver minst två vårdcentraler och vårdcentraler vars chef endast driver en vårdcentral.

8.

Management och vårdens kvalitet

I det här kapitlet undersöker vi om det finns några samband mellan de studerade managementmetoderna och primärvårdens kvalitet. Hur man ska mäta kvalitet är inte uppenbart inom primärvården. Generellt kan man säga att ju bättre och mer precist en verksamhet kan beskrivas, desto lättare är det att ta fram relevanta indikatorer som speglar dess kvalitet. Av detta framgår att ju mer specialiserad en verksamhet är, desto lättare är det att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer. I primärvården är en bredare specialistkompetens i form av allmänmedicin viktigare än snävare specialistkompetenser. Läkare med en bred kompetens har goda förutsättningar att sätta patientens problem och behov i ett större sammanhang. Vårdpersonal som möter patienter i primärvården ska se till individen som en helhet snarare än till specifika åkommor. Dessutom möter primärvården i många fall friska individer vid regelbundna kontroller och i förebyggande arbete mot ohälsa. Detta gör det svårt att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer i primärvården.

Primärvårdens roll och funktion kan vidare förväntas variera för olika grupper av individer, vilket innebär att vårdgivare måste anpassa sin verksamhet utifrån sin aktuella målgrupp. En vårdcentral med övervägande äldre och multistjuka kan inte tillgodose behoven hos sina listade på samma sätt som en vårdcentral med övervägande yngre och barnfamiljer. Detta gör det ännu svårare att utvärdera vårdcentralernas kvalitet baserat på indikatorer. Kvalitetsindikatorer som är relevanta för en vårdcentral är inte nödvändigtvis lika relevanta för en annan vårdcentral, även om de återfinns i närliggande geografiska områden. Primärvården saknar många av de nationella medicinska kvalitetsregister som har utvecklats för spe-

cialistvården. Däremot görs det återkommande mätningar av patienters uppfattningar om kvalitet i primärvården genom Nationell patientenkät. Det görs också återkommande mätningar av tillgänglighet i primärvården genom SKL:s »Väntetider i vården«, både av telefontillgänglighet och besökstillgänglighet. Vi använder oss av regressionsanalys för att studera sambanden mellan vårdkvalitet, enligt dessa båda mätningar, och managementkvalitet. Resultaten presenteras mer detaljerat i Appendix C. Sambanden ska ses som indikativa och kan inte i sig belägga att managementkvalitet påverkar vårdkvalitet.

Kvalitetsmått från Nationell patientenkät

Vi börjar med att studera samband mellan subjektiva kvalitetsmått i Nationell patientenkät och vårt mått på total managementkvalitet. Nationell patientenkät (NPE) mäter patienters subjektiva uppfattningar om vården. NPE i primärvården finns i olika versioner beroende på om patienten besökt en sjuksköterska eller en läkare och inkluderar 55 frågor, varav åtta om tillgänglighet, fem om mottagningen, 22 om själva besöket, fem om provtagning, nio om övergripande helhetsintryck och sex om bakgrundsuppgifter för patienten. Enkäten skickas ut till ett antal individer som har besökt en vårdcentral under en viss period på hösten det aktuella året. Då resultaten presenteras för allmänheten redovisas åtta kategorier av den patientupplevda kvaliteten: bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta, villighet att rekommendera och helhetsintryck. Resultaten presenteras som ett så kallat PUK-värde mellan 0 och 100, där PUK står för patientupplevd kvalitet.⁸³

Regressionsanalysen visar genomgående på positiva samband mellan managementkvalitet och måtten på vårdkvalitet från den nationella patientenkäten. Vårdcentraler med högre managementkvalitet har något högre patientupplevd vårdkvalitet. Som ett exempel på ett typiskt samband har en vårdcentral med 4,0 i total managementkvalitet ett PUK-värde som ligger 1,3 enheter högre än en vårdcentral med 3,0 i total

83. När man tar fram PUK-värdet rensas alla icke aktuella svar bort såsom »Ej ifyllt« eller »Ej relevant«. I PUK-värdet ingår sedan samtliga aktuella svar, viktade enligt en fallande skala. Vid frågor med svarsalternativ enligt en femgradig skala (t.ex. helhetsintryck) beräknas PUK-värdet enligt vikt 1 för svarsalternativet »Utmärkt«; 0,75 för »Mycket bra«; 0,5 för »Bra«; 0,25 för »Någorlunda« och 0 för »Dåligt«. Resultaten för varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas till närmaste heltal.

managementkvalitet, när övriga variabler hålls konstanta. Det motsvarar 1,3 procentenheter fler patienter som upplever vården som »Utmärkt« eller 1,7 procentenheter fler som upplever den som »Mycket bra«. Nästan undantagslöst gäller dock att dessa samband inte är statistiskt signifikanta på tioprocentnivå. Mer detaljerade resultat från regressionsanalysen presenteras i Tabell C1 i Appendix C.

Ett starkare samband, som av utrymmesskäl inte rapporteras i Appendix C, är att privata vårdcentraler i genomsnitt har högre kvalitetsmått i Nationell patientenkät än vad offentliga vårdcentraler har. Till exempel har privata vårdcentraler 4,0 procentenheter fler patienter med ett positivt helhetsintryck än offentliga vårdcentraler. Även om så gott som alla dessa skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler är statistiskt signifikanta är de med något undantag inte det i regressioner som inkluderar samtliga kontrollvariabler (kolumn 3 i Tabell C1 i Appendix C).

Väntetider

Vi använder två objektiva tillgänglighetsmått från SKL:s mätning Väntetider i vården: andel telefonsamtal som besvarades samma dag och andel läkarbesök som genomfördes inom sju dagar. Tidsgränserna i de två väntetidsmått kommer från den nationella vårdgarantin. Väntetidsmått anger i hur stor andel av fallen som vårdcentralerna uppfyller den nationella vårdgarantin. Nackdelen med väntetidsmått är att de, till skillnad från mått på patientupplevd kvalitet, inte premierar förbättringar över garantinivån. Måttet på väntetid visar alltså endast i vilken utsträckning vårdcentralerna undviker oacceptabla väntetider.

När det gäller regressionsanalyserna för väntetider framträder ett starkt samband. Patienter vid vårdcentraler med hög total managementkvalitet får oftare besökstid hos en allmänläkare inom sju dagar. Skillnaden är ungefär fem procentenheter om vi jämför vårdcentraler som skiljer sig ett steg på den femgradiga skalan för managementkvalitet. Det får betraktas som ett starkt samband, inte minst med tanke på att det handlar om den andel av patienterna för vilka den nationella vårdgarantin uppfylls. Det är områdena Funktioner och processer samt Målstyrning som är avgörande för sambandet med besöksväntetider. För området Incitament och personalutveckling är sambandet svagare och inte statistiskt signifikant.

Vårdcentraler med hög managementkvalitet besvarar även en högre andel av inkommande telefonsamtal samma dag. Men det sambandet är svagare och inte statistiskt signifikant. Till skillnad från vad som gällde

för kvalitetsmåttan från Nationell patientenkät finns inga skillnader mellan väntetiderna vid privata och offentliga vårdcentraler. Mer detaljerade resultat presenteras i Tabell C2 i Appendix C.

Tolkning av sambanden

Våra resultat från regressionsanalysen tyder på att managementkvalitet har större betydelse för väntetider än för patienternas uppfattningar om vårdens kvalitet. Patienter vid vårdcentraler med hög managementkvalitet får oftare träffa en läkare inom sju dagar; däremot är deras helhetsintryck av vårdcentralen inte mycket högre. Att managementkvalitet fungerar bättre för att korta köer än för att göra patienterna nöjda är inte självklart utifrån vad managementmetoderna mäter. Vissa managementmetoder handlar om att involvera patienterna och i den mån de personalinriktade managementmetoderna frigör resurser kan dessa bland annat användas till att ge patienterna mer tid och bättre omhändertagande. Samtidigt handlar de flesta managementmetoderna om effektiva rutiner – och med hjälp av rutiner kan det nog vara enklare att korta köer än att tillfredsställa patienternas alla krav och förväntningar. En rapport från myndigheten Vårdanalys lyfter mycket riktigt fram förändrade arbetssätt som viktiga för att förbättra väntetidssituationen (inom specialistvården). Personer som arbetar med tidsbokning av vård uppger enligt rapporten att arbetet med väntetider påverkas av rutiner för hantering av väntelistor, av personalens schemaläggning, av bemanning av andra verksamheter och av i vilken utsträckning sjuksköterskor tar över läkares arbetsuppgifter.⁸⁴

Det positiva sambandet mellan managementkvalitet och vårdkvalitet i form av kortare väntetider indikerar att resurser som frigjorts av managementmetoder har återförts till verksamheten i form av förbättrade tjänster.⁸⁵ Sambandet illustrerar att managementmetoder till stor del skapar värde för patienterna genom att reducera sådant som i likhet med väntetider *inte* skapar patientvärde. Det vore även intressant att undersöka sambandet mellan managementkvalitet och kostnader, men tyvärr har vi inte haft tillgång till kostnadsdata på vårdcentralsnivå.

84. Vårdanalys (2015), s. 78.

85. Detta överensstämmer med andra studier kring effekter av användandet av managementmetoder, t.ex. i Eriksson (2015) där effekten i kommunal användning främst varit höjd arbetseffektivitet och höjd kvalitet i erbjudna tjänster snarare än sänkta driftskostnader.

9. Avslutande diskussion

Svensk primärvård har generellt sett god styrning och ledning. Enligt den mätmetod som den här rapporten bygger på har primärvården högre managementkvalitet än till exempel äldreomsorgen. Den höga nivån är inte förvånande med tanke på den utbredda flödes- och processorienteringen inom sjukvården, samt att verksamhetsprocesserna på en vårdcentral inte är lika komplicerade som på ett äldreboende eller på ett sjukhus, bland annat eftersom personalens arbete är mer autonomt. Mot bakgrund av den låga svarsfrekvensen bör dock resultaten tolkas med försiktighet.

I studien har vi värderat användandet av managementmetoder vilka erfarenhetsmässigt och i ett stort antal studier visat sig leda till bättre verksamhetsdrift och resultat. Metoderna delas in i tre områden inom vilka enskilda metoder har en tydlig samverkan. Vår studie visar att svenska vårdcentraler använder managementmetoder inom området Funktioner och processer på ett avancerat sätt medan managementmetoder inom området Incitament och personalutveckling används på ett mer genomsnittligt sätt och därmed ligger närmast till hands att försöka förbättra. Detta mönster stämmer överens med vår tidigare studie av svenska äldreboenden och även med svenska företag generellt.

I en ofta citerad artikel om styrning och ledning menar Malmi och Browne (2008) att de managementmetoder eller managementsystem som används i olika verksamheter påverkas av många omkringliggande faktorer och bör betraktas som en helhet snarare än isolerade från varandra. Detta handlar både om förutsättningar som följer av den omkringliggande kontexten och om förutsättningar som utgår från personalen. Hälso- och sjukvården utgör inget undantag. En stor del av verksamheten är reglerad och står därmed bortom verksamhetschefernas kontroll. Landsting och regioner bestämmer vilka principer som ska gälla för att få bedriva

primärvård och få ersättning. Nästan alla huvudmän tillämpar någon form av målbaserad ersättning där vårdgivare måste rapportera hur väl de lever upp till förutbestämda mål enligt olika indikatorer. Detta ställer krav på att system och rutiner för systematisk rapportering finns på plats, vilket ligger i linje med att vi uppmätte högst managementkvalitet inom metodområdet Funktioner och processer. Detta område stärks också av svenska lagar och regler, till exempel anmälningsskyldighet till IVO avseende avvikelser som i många fall inkorporerats i primärvårdens ledningssystem.⁸⁶ Även arbete med patientsäkerhet regleras på nationell nivå och kan ha effekter på de enskilda vårdcentralernas förbättringsarbete.

Att vi uppmätte lägst betyg för managementmetoder inom området Incitament och personalutveckling indikerar att där finns störst förbättringspotential. Samtidigt kan det vara så att styrning och kontroll som handlar om att belöna eller bestraffa enskilda individer baserat på deras prestationer kan ha både positiva och negativa effekter. Detta hänger samman med individens egen motivation och hur de uppfattar att styrning och kontroll påverkar deras egen möjlighet att styra sitt arbete.⁸⁷

Motivation består av både inre (*intrinsic*) och yttre (*extrinsic*) motivation.⁸⁸ Inre motivation handlar om att individer agerar utifrån en känsla eller övertygelse om att arbetet är intressant och tillfredsställande och att de tillför något gott. Yttre motivation handlar om att individer utför sitt arbete för att det leder till ett resultat såsom ersättning eller för att undvika bestraffning. Yttre motivation är därför lättare att kontrollera än inre. Det finns en risk att styrning och kontroll kan uppmuntra yttre motivation till den grad att inre motivation får stå tillbaka. Personal i hälso- och sjukvården motiveras i hög grad av självständighet, professionell tillhörighet och normer. Detta handlar om inre motivation. En stark inre motivation kan leda till en motvilja att bli styrd och kontrollerad genom yttre faktorer.⁸⁹ Användandet av managementmetoder, inklusive *Belöning av högpresterande personal*, kan dock mycket väl understödja både inre och yttre motivation. Däremot är det betydelsefullt att beakta att både inre och yttre motivation kan påverkas – och det på olika sätt – av hur metoderna tillämpas.

86. Socialstyrelsen (2015).

87. Anell (2014).

88. Ryan och Deci (2000).

89. Anell (2014).

Privata vårdcentraler visar sig i studien ha högre managementkvalitet än offentliga vårdcentraler. Detta överensstämmer med en tidigare studie av skillnader i managementkvalitet mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter.⁹⁰ Skillnaden förklaras till en del av att privata vårdcentraler oftare har en verksamhetschef med ledarskaps-erfarenhet från privat sektor, och att sådan erfarenhet visar sig sammanhänga med högre managementkvalitet. Men till skillnad från vår tidigare studie av den svenska äldreomsorgen utmärker sig inte stora företag med höga värden av managementkvalitet. Vad som förklarar skillnaden mellan studierna kan vi bara spekulera om. Det kan vara så att kunskap om managementmetoder inte sprids lika systematiskt inom stora företag i primärvården. Alternativt kan det vara så att kunskapen visserligen sprids men sedan inte anammas på den enskilda vårdcentralen.

Även om vi inte har studerat utvecklingen över tid kan tillkomsten av över 200 nya privata vårdcentraler sedan vårdvalet infördes tänkas ha medfört bättre styrning och ledning inom den svenska primärvården. Förutom att privata vårdcentraler i genomsnitt har högre managementkvalitet än offentliga i vår studie, visar flera tidigare studier att det är enklare att börja använda managementmetoder i nystartade än i etablerade verksamheter.⁹¹ Tidigare studier visar också att ökad konkurrens sammanhänger med högre managementkvalitet.⁹²

Vi finner att vårdcentraler med högre managementkvalitet har kortare väntetider i den meningen att fler besök sker inom de sju dagar som vårdgarantin stipulerar. Det är inte konstigt att ett strukturerat sätt att arbeta, inte minst med logistik, kan frigöra resurser som möjliggör bättre tillgänglighet. Däremot verkar managementkvalitet inte vara lika viktig för den patientupplevda kvaliteten, det vill säga vid värderingen av själva mötet mellan vården och patienten. Det ligger i linje med andra vårdstudier, inklusive vår tidigare studie av äldreboenden, och skulle kunna bero på att många andra faktorer, till exempel relationen mellan vårdare och patient, har en större påverkan på hur patienten upplever vården. Tyvärr har vi inte några jämförbara kostnadsmått att relatera managementkvalitetsmått till. En naturlig hypotes i ett *best practice*-perspektiv är annars att kostnaderna kan hållas nere i verksamheter med högkvalitativ styrning och ledning.

90. Delfgaauw m.fl. (2012).

91. Se till exempel Bortolotti m.fl (2015) och Mol och Birkinshaw (2009).

92. Bloom och Van Reenen (2010b).

Vårdcentraler där listade personer har sämre socioekonomiska förutsättningar har i genomsnitt högre managementkvalitet. Det är intressant mot bakgrund av att dessa också har mindre nöjda patienter, både i vårt urval av vårdcentraler och enligt tidigare studier.⁹³ Det är framför allt på området Målstyrning som managementkvaliteten är högre på vårdcentraler där de listade har sämre socioekonomiska förutsättningar. Varken arbetsflöden och förbättringsåtgärder (området Funktioner och processer) eller rekrytering, hantering och motivering av personal (området Incitament och personalutveckling) samvarierar lika mycket med de listade personernas egenskaper. Vårdcentraler där listade individer har sämre socioekonomiska förutsättningar förväntas behöva göra fler förebyggande och uppsökande insatser samt samverka med socialtjänst och anhöriga i högre utsträckning än vårdcentraler där listade individer generellt har högre utbildning, bättre inkomst och en tryggare familjesituation. Intuitivt kan man tänka sig att sådana förutsättningar ställer höga krav på området Funktioner och processer, såsom nödvändigheten att ha bra strukturer och rutiner på plats för att arbeta förebyggande och i samverkan med andra. Därför är resultatet att området Målstyrning uppvisar högst managementkvalitet intressant. En tänkbar förklaring är att vårdcentraler där patientgruppen har en mer komplex helhetsituation inte kan fokusera på ett eller några få mål utan tvingas ha breda prestationsmål som täcker in många aspekter. På ett liknande sätt skulle de extra resurser som tilldelas vårdcentraler med hög socioekonomisk tyngd bland de listade kunna tänkas ge utrymme för verksamhetschefer att arbeta med ett bredare fokus. Dessutom kan det krävas hårdare målstyrning för att vårdcentraler med mer utmanande patienter ska nå upp till lagstadgade krav. Personalen på sådana vårdcentraler har möjligen ett större behov av att deras prestationer regelbundet följs upp och kommuniceras.

Till slut vill vi betona att de bestämningsfaktorer till managementkvalitet som redovisas i rapporten, till exempel huruvida en vårdcentral drivs offentligt eller privat, endast förklarar en mindre del av den totala variationen i managementkvalitet. Skillnaderna i managementkvalitet är större *inom* de två grupperna privata och offentliga vårdcentraler än skillnaden *mellan* dessa två grupper. Diskussioner om hur vårdcentraler drivs och kan förbättras bör därför hålla den enskilda vårdcentralen i fokus. Riskerna finns förstås också att vi har utelämnat någon ytterligare för-

93. Se Glengård (2015a); Kontopantelis m.fl. (2010); Campbell m.fl. (2001).

klaring av managementkvalitet. Några intervjuer med verksamhetschefer gav till exempel indikationer på att landstingens styrning av vården brister i kontinuitet och realism. Detta visar återigen att system för att leda och styra verksamheter inom hälso- och sjukvården i stor utsträckning påverkas av den omkringliggande kontexten, inte minst av huvudmännens principer för att organisera och styra vården, inklusive principerna för ersättning. Hur styrning från högre och mer strategiska organisationsnivåer påverkar styrning och ledning på operativ nivå ser vi som en lovande frågeställning för framtida studier.

Referenser

- Anell, A. (2010). *Värden i vården – Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Finansdepartementet.
- Anell, A. (2014). Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. Lund, KEFU Skriftserie 2014:4.
- Anell, A., Nylinder P. och Glengård, A. (2012). *Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Angelis, J. och Jordahl, H. (2014). *Att styra och leda äldreomsorg: Hur går det till och vad kan förbättras?* Stockholm: SNS Förlag.
- Angelis, J. och Jordahl, H. (2015). Merciful yet effective elderly care performance management practices. *Measuring Business Excellence*, 19(1), s. 61–69.
- Arvidsson, L. (2007). *Vårdlogistik*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Ballé, M. (2005). Lean attitude. *Manufacturing Engineer*, 84(2), s. 14–19.
- Bloom, N. och Van Reenen, J. (2007). Measuring and explaining management practices across firms and countries. *Quarterly Journal of Economics*, 122(4), s. 1351–1408.
- Bloom, N. och Van Reenen, J. (2010a). Human resource management and productivity. I Ashenfelter, O. och Card, D. (red.), *Handbook of Labor Economics Volume IVB*, s. 1697–1769.
- Bloom, N. och Van Reenen, J. (2010b). Why do management practices differ across firms and countries? *Journal of Economic Perspectives*, 24(1), s. 203–224.
- Bloom, N., Eifert, B., Mahajan, A., McKenzie, D. och Roberts, J. (2013). Does management matter? Evidence from India. *Quarterly Journal of Economics*, 128(1), s. 1–51.
- Bloom, N., Kretschmer, T. och Van Reenen, J. (2010b). Are family-friendly workplace practices a valuable firm resource? *Strategic Management Journal*, 32(4), s. 343–367.

- Bloom, N., Lemos, R., Sadun, R. och Van Reenen, J. (2015a). Does management matter in schools? *The Economic Journal*, 125(584), s. 647–674.
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S. och Van Reenen, J. (2015b). The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies*, 82(2), s. 457–489.
- Bortolotti, T., Boscari, S. och Danese, P. (2015). Successful lean implementation. *International Journal of Production Economics*, 160, s. 182–201.
- Bourne, M. (2005). Researching performance measurement system implementation: The dynamics of success and failure. *Production Planning and Control*, 16(2), s. 101–113.
- Bourne, M., Neely, A., Mills, J. och Platts, K. (2003). Implementing performance measurement systems. *International Journal of Business Performance Management*, 5(1), s. 1–24.
- Bringselius, L. (2015). New Public Management – ett enkelt penseldrag som förklarar det mesta? *Organisation & Samhälle*, nr 1.
- Brown, S. (2013). An interview with Wickham Skinner, Emeritus Professor at Harvard Business School. *International Journal of Operations & Production Management*, 33(1), s. 104–110.
- Campbell, J.L., Ramsay, J. och Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*, 10(2), s. 90–95.
- Chandra, A., Finkelstein, A., Sacarny, A. och Syverson, C. (2013). Healthcare exceptionalism? Productivity and allocation in the U.S. healthcare sector. *NBER Working Paper* 19200.
- Cooney, R. (2002). Is lean a universal production system? *International Journal of Operations & Production Management*, 22(10), s. 1130–1147.
- Delfgaauw, J., Dur, R., Propper, C. och Smith, S. (2012). Management practices: are not for profits different? Manuskript.
- De Treville, S. och Antonakis, J. (2006). Could lean production job design be intrinsically motivating? *Journal of Operations Management*, 24(2), s. 99–123.
- Di Liberto, A., Schivardi, F. och Sulis, G. (2013). Managerial practices and students' performance. Programma Education FGA, *Working Paper* 49.
- Eriksson, L. (2015). Är Lean skadligt för offentlig sektor? Manuskript, School of Business. Stockholms universitet.
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), s. 231–241.
- Franco-Santos, M., Kennerley, M., Micheli, P., Martinez, V., Mason, S., Marr, B., Gray, D. och Neely, A. (2007). Towards a definition of a business performance measurement system. *International Journal of Operations and Production Management*, 27(8), s.784–801.
- Glenngård A. (2015a). *Primärvården efter vårdvalsreformen: Valfrihet, effektivitet och produktivitet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Glenngård, A. (2015b). Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne. Lund: KEFU 2015:2.

- Goodall, A. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science & Medicine*, 73(4), s. 535–539.
- Grove, A., Meredith J., Macintyre, M., Angelis, J. och Neailey, K. (2010). Lean implementation in primary care: Health visiting services in the NHS. *Quality and Safety in Health Care*, 19, s. 1–5.
- Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, 4, s. 1–25.
- Hagbjer E. (2014). *Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning*. Stockholm: SNS Förlag.
- Hayes, R., Pisano, G., Upton, D. och Wheelwright, S. (2005). *Operations, Strategy and Technology: Pursuing the Competitive Edge*. New York: John Wiley.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), s. 3–19.
- Hudson-Smith, M., Smith, D. och Phippen, A. (2011). The English patient experience: Does healthcare quality matter? *Proceedings of the annual EurOMA conference*.
- Jacobsson, T. och Åhlström, P. (2011). The role of physicians in the implementation of process flow solutions in healthcare. *Proceedings of the Annual European Operations Management International Conference*. Cambridge, UK.
- Konkurrensverket (2012). Val av vårdcentral: förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Rapport 2012:2. Stockholm: Konkurrensverket.
- Kontopantelis, E., Roland, M. och Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice*, 11(61), s. 1–15.
- Lapsley, I. (2009). New Public Management: The Cruellest Invention of the Human Spirit? *Abacus* 45(1), s. 1–21.
- Lester, H. och Roland, M. (2009). Performance measurement in primary care. I Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman, S. (red.). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malmi, T. och Browne, D. A. (2008). Management control systems as a package – Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19, s. 287–300.
- McConnell, J., Lindrooth, R., Wholey, D., Maddox, T. och Bloom, N. (2013). Management practices and the quality of care in cardiac units. *JAMA Internal Medicine*, 173(8), s. 684–692.
- McCormack, J., Propper, C. och Smith, S. (2014). Herding cats: Management and university performance. *The Economic Journal*, 124(578), s. 534–564.
- de Menezes, L., Wood, S. och Gelade, G. (2010). The integration of human resource and operation management practices and its link with performance. *Journal of Operations Management*, 28, s. 455–471.
- Mol, M. och Birkinshaw, J. (2009). The sources of management innovation: When firms introduce new management practices. *Journal of Business Research*, 62(12), s. 1269–1280.

- Neely, A. (2005). The evolution of performance measurement research. *International Journal of Operations and Production Management*, 25(12), s. 1264–1277.
- Nylinder, P. (2009). Tight budgetary control: a study of clinical department managers' perceptions in Swedish hospitals. *Journal of Health Service Research Policy*, 14(2), s. 70–76.
- Nylinder, P. (2011). Perception of budgetary control: a study of differences across managers in Swedish public primary healthcare related to professional background and sex. *Journal of Nursing Management*, 19(5), s. 664–672.
- Pettersen, J. (2009). Defining lean production. *The TQM Journal*, 21(2), s. 127–142.
- Pinheiro de Lima, E., Gouvea da Costa, S., Angelis, J. och Munik, J. (2012). Performance measurements systems: A consensus analysis of their operational and strategic roles. *International Journal of Production Economics*, 140(1), s. 416–430.
- Rahmqvist, M. och Bara, A. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), s. 86–92.
- Rognes, J. och Svarts, A. (2012). *Lean i vården – En översikt över dagsläget i Sverige*. Leading Health Care.
- Ryan, R. M. och Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, s. 54–67.
- SCB (2015). *Innovationer i sjukvården 2012–2013*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Shah, R. och Ward, P. (2003). Lean manufacturing: Context, practice bundles, and performance. *Journal of Operations Management*, 21, s. 129–150.
- Shah, R. och Ward, P. (2007). Defining and developing measures of lean production. *Journal of Operations Management*, 25(4), s. 785–805.
- SKL (2013). *Landstingens arbete med uppföljning och kontroll av primärvårdsverksamhet – en översiktlig kartläggning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2014). *Köp av verksamhet. Kommuner, landsting och regioner 2006–2013*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen (2010). *Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010-02-10.
- Socialstyrelsen (2015). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- Sprague, L. (2007). Evolution of the field of operations management. *Journal of Operations Management*, 25(2), s. 219–238.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *Lancet*, 22(344), s. 1129–1133.
- Stone, K. (2012). Four decades of lean: A systematic literature review. *International Journal of Lean Six Sigma*, 3(2), s. 112–132.
- Vårdanalys (2015). *Varierande väntan på vård: Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2015:5.

Appendix A

Beskrivning av managementmetoder

INTERVJUN

Intervjun består av två typer av frågor – dels frågor om rådande managementmetoder, dels om mer generella aspekter av vårdcentralen. Framför allt innehåller enkäten 19 frågor om managementmetoder. Dessa återges nedan. Var och en av dem har underfrågor som är till för att underlätta besvarandet och säkerställa att frågorna inte missförstås och att viktig information om rådande förhållanden tas upp i intervjun.

Enkätens frågor om managementmetoder delas in i tre huvudområden – Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. För varje område ger frågorna möjligheten att förstå vilka metoder som tillämpas, hur de används samt vilka åtgärder som vidtas för att bättre bidra till verksamheten. En beskrivning av de enskilda frågorna kring varje managementmetod samt dess underfrågor återges nedan.

Frågor om managementmetoder inom området Funktioner och processer

Metoder inom managementområdet Funktioner och processer innefattar arbetsflöden och förbättringsåtgärder, med syftet att identifiera om sådana metoder används såväl som stödjande rutiner. Till varje metodfråga hör flera uppföljningsfrågor, som redovisas härnäst.

1. Arbetsanpassning av vårdcentralen

Testar hur väl rutiner är utformade på infrastrukturnivå, till exempel hur vårdcentralen är anpassad för patientbehov, och om personalen arbetar proaktivt med att förbättra arbetsorganisationen så att arbetsuppgifterna blir enklare att genomföra.

- a) Kan du kortfattat beskriva personalens arbetsuppgifter under ett skift?
- b) Hur nära ligger behandlingsrum, väntrum och förbrukningsartiklar?
- c) Har lokalernas planlösning på vårdcentralen eller personalens arbetsrutiner ändrats under de senaste åren? Hur ofta genomförs förändringar och vad är det som driver förändringar?

2. Motiv för förbättringsarbete

Testar motiv bakom operativa förändringar och hur dessa motiveras och kommuniceras.

- a) Kan du berätta om motiven bakom att genomföra operativa förändringar för att förbättra vården? Kan du beskriva ett exempel på detta (som genomförts nyligen)?
- b) Vilka faktorer ledde till införandet av dessa förbättringar?
- c) Vem brukar driva dessa typer av förändringar?

3. Kontinuerliga förbättringar

Testar processer för och attityder till ständiga förbättringar och ifall tidigare lärdomar tillvaratas och dokumenteras.

- a) Hur upptäcks problem och hur löser ni dem?
- b) Berätta om ett problem som ni nyligen haft och hur ni löste det?
- c) Hur involverades personalen i denna process? Hur involverades patienter och deras medföljande?

4. Prestationsmätning

Testar om prestationer mäts genom meningsfulla nyckeltal/prestationsmått och med lämplig regelbundenhet.

- a) Vilken typ av nyckeltal/prestationsmått används för att mäta/följa upp prestationer?
- b) Hur ofta mäts dessa? Vem får se dessa data?
- c) Om jag besöker er vårdcentral, skulle jag kunna se hur väl det lever upp till målen för nyckeltalen? (Hur visualiseras data?)

5. Patienternas och personalens delaktighet i förbättringsarbetet

Testar om patienter och personal får vara delaktiga i förbättringsarbete.

- a) Hur tillvaratas idéer och erfarenheter från personal, patienter, anhöriga eller samarbetande organisationer?
- b) Kan du ge ett exempel på en förbättring som genomfördes på grund av sådant deltagande?
- c) Hur genomförs sådant deltagande eller hur hanteras det?

6. Tydligt definierat ansvarsområde för chefer

Testar om det finns formella ledarskapsroller och om ansvaret för att uppnå mål är förlagt på cheferna.

- a) Kan du berätta om ansvaret som chefer har för att förbättra prestationerna och uppnå målen?
- b) Hur är individuella chefer ansvariga för att målen uppfylls? Gäller detta både kostnads mål och kvalitetsmål?
- c) Hur tar chefer på sig ansvaret för att leverera kostnadsförbättringar? Har de det ansvaret eller har de frivilligt tagit på sig det?

Frågor om managementmetoder inom området Målstyrning

Metoderna om managementområdet Målstyrning innefattar tre aspekter. Länkandet mellan mål satta för olika nivåer i organisationen indikerar graden av organisationsstyrning och ledning. Vidare ges aspekter kring tid, fokus, målbestämning och jämförbarhet indikation på hur genomtänkta och fungerande de satta målen är. Slutligen behandlas användning av erhållna värden, i form av uppföljning och konsekvenshantering. Som tidigare följs varje metodfråga av flera uppföljningsfrågor.

7. Uppföljning av prestationer

Testar om prestationer övervakas/följs upp med lämplig regelbundenhet och kommuniceras till personalen.

- Hur följer ni upp era nyckeltal/prestationsmått (KPI:er)?
- Berätta om den senaste genomgången av nyckeltal/prestationsmått.
- Vem är involverad i dessa möten? Vem får se resultaten?
- Hur ser uppföljningsplanen ut?

8. Konsekvenshantering

Testar om personalens prestationer får olika konsekvenser (positiva eller negativa). Bortse från extremt stora och extremt små problem när du svarar.

- Om ni har beslutat om en uppföljningsplan på ett möte, vad händer om den inte följs?
- Hur lång tid är det mellan att ett problem upptäcks och tills det åtgärdas? Kan du ge ett exempel (som inträffade nyligen)?
- Hur hanterar ni upprepningar av samma misslyckanden inom ett visst område?

9. Balansering av mål

Testar om prestationsmålen täcker olika aspekter av verksamheten och inte enbart är smalt fokuserade (på t.ex. lönsamhet) genom mätetalen.

- Vad är målen för ditt arbete? Vilka typer av mål är satta för vårdcentralen?
- Berätta om målen som inte bestäms externt (t.ex. av kommun/stat, lagar/regler) utan där egna mål kan sättas.

10. Sammanlänkning av mål

Testar om målen är bundna till organisationens mål och hur väl de genomsyrar organisationen.

- Vad är motivet bakom organisationsmålen?
- Hur länkas dessa mål till olika personalgrupper och på individnivå?
- Hur är dina mål länkade till organisationens prestationer och mål?

11. Tidshorisont för mål

Testar om vårdcentralen använder olika tidshorisonter (kort-, långsiktiga) för planering och mål.

- Vilken tidsperiod använder ni för era mål?
- Vilka mål läggs det störst vikt vid?
- Är långsiktiga och kortsiktiga mål satta oberoende av varandra?
- Kan man uppnå alla kortsiktiga mål men missa de långsiktiga?

12. Måluppfyllelse

Testar om svårigheten att uppfylla målen ligger på en lämplig nivå.

- Hur ofta följs måluppfyllnad upp, en gång per år, flera gånger?
- Hur svårt är det att nå målen? Känner du dig pressad av dem?
- I genomsnitt, hur ofta skulle du säga att du uppfyller dina mål?
- Har all personal samma svårighetsgrad för att nå sina uppsatta mål, eller har vissa grupper lättare mål?
- Hur sätts målen? Vem/vilka är involverade?

13. Tydliga och jämförbara mål

Testar hur lätta prestationsmåten är att förstå och om prestationer kommuniceras öppet.

- Om jag frågade personalen om deras individuella mål, vad skulle de svara?
- Är det någon som har klagat på att målen är för komplexa eller dåligt utformade?
- Hur kan personalen jämföra sin egen prestation med sina kollegor?

Frågor om managementmetoder inom området Incitament och personalutveckling

Frågor inom området Incitament och personalutveckling innefattar frågor kring de strukturer som finns på plats för att säkerställa att personalen har förmågan att utföra arbetsuppgifter väl. Frågor ställs om konsekvenshantering för både hög- och lågpresterande personal, med viss tonvikt på de högpresterande.

14. Belöning av högpresterande personal

Testar om goda prestationer belönas.

- Hur fungerar ert belöningsystem? Berätta om det senaste tillfället.
- Finns det några icke-finansiella eller finansiella belöningar/bonusar för den bäst presterande anställda i varje personalgrupp?
- Hur fungerar ett sådant bonussystem?
- Hur är ert bonussystem jämfört med andra som bedriver liknande verksamhet?

15. Förflyttning av lågpresterande personal

Testar om vårdcentralen kan hantera lågpresterande medarbetare.

- Om du hade en medarbetare som inte klarade av sitt jobb, vad skulle du göra?
- Hur länge skulle det tillåtas att någon presterade dåligt?
- Vet du om du har medarbetare som medvetet underpresterar för att de vet att de inte kommer att få sparken?

16. Befordran av högpresterande personal

Testar om befordran är prestationsbaserad.

- Hur fungerar ert system för befordran/avancemang?
- Vad händer med högpresterande medarbetare? Kan du nämna något exempel?
- Hur identifierar du och utvecklar högpresterande medarbetare?

- d) Är det större sannolikhet att bli befordrad om man är högpresterande eller baseras det på erfarenhet/senioritet?

17. Utveckla talanger

Testar hur stor vikt som läggs vid att ta till vara högpresterande personal.

- a) På vilket sätt visar chefer att det är viktigt att attrahera och utveckla talanger?
b) Får personalen någon belöning för att ta in och behålla talanger inom organisationen?

18. Behålla talanger

Testar om organisationen arbetar aktivt med att behålla högpresterande personal.

- a) Om du hade en högpresterande medarbetare/topptalang som ville lämna organisationen, vad skulle du göra?
b) Kan du ge något exempel på någon topptalang som ni lyckats övertala att stanna kvar inom organisationen?
c) Kan du ge något exempel på någon (topptalang) som lämnat organisationen utan att någon försökt behålla dem?

19. Attrahera talanger

Testar hur värdeerbjudandet för den anställde ser ut.

- a) Vad är det som utmärker arbetet på din vårdcentral jämfört med andra?
b) Om jag var en kandidat för anställning, hur skulle du övertyga mig om att börja arbeta i din organisation?
c) Vad gillar inte de anställda med att arbeta i din organisation?

Appendix B

Regressionsresultat i kapitel 7

100

Tabell B1. Bakomliggande förklaringar av managementkvalitet.

	1	2	3	4
Privat vårdcentral	0,17 (0,10)	0,23 (0,14)	0,25* (0,14)	0,25* (0,13)
Vårdcentralens ålder		0,003 (0,002)	0,004 (0,002)	0,004 (0,002)
Antal anställda		0,005 (0,004)	0,004 (0,004)	0,003 (0,003)
Antal listade, tusental		-0,011 (0,015)	-0,011 (0,014)	-0,016 (0,014)
CNI		0,12* (0,06)	0,16* (0,08)	0,14** (0,06)
Landstingskontroller	Nej	Nej	Ja	Ja
Bruskontroller	Nej	Nej	Nej	Ja
R-kvadrat	0,03	0,07	0,09	0,32
Antal observationer	119	113	113	113

Noter: Den beroende variabeln är total managementkvalitet. Landstingskontroller är logaritmerad befolkning, befolkningstillväxt, befolkningstäthet, befolkningsandel som är 65 år och äldre, befolkningsandel som har minst en treårig eftergymnasial utbildning samt medianinkomst. Bruskontroller är dummyvariabler för intervjuare, månad och tid på dagen. Alla regressioner innehåller även en konstant som inte rapporteras i tabellen. Standardfel klustrade på landstingsnivå inom parentes. ***, **, * anger statistisk signifikans på nivåerna 1, 5 och 10 procent.

Tabell B2. Chefernas betydelse för managementkvalitet.

	1	2
Privat vårdcentral		0,180 (0,127)
Chefen är läkare	-0,070 (0,169)	-0,027 (0,153)
Chefen är sjuksköterska	0,075 (0,151)	0,078 (0,172)
År på nuvarande vårdcentral	-0,010 (0,006)	-0,013* (0,007)
År som chef på någon vårdcentral	0,003 (0,012)	0,002 (0,011)
Ledarskapsnätverk	-0,037 (0,161)	0,039 (0,177)
Tidigare ledarskapsfarenhet från offentlig sektor	-0,038 (0,119)	-0,063 (0,114)
Tidigare ledarskapsfarenhet från privat sektor	0,129 (0,091)	0,172* (0,010)
Chefen är kvinna	-0,334*** (0,106)	-0,302** (0,118)
Vårdcentralkontroller	Nej	Ja
Bruskontroller	Ja	Ja
Landstingskontroller	Ja	Ja
R-kvadrat	0,37	0,41
Antal observationer	118	112

Noter: Den beroende variabeln är total managementkvalitet. Vårdcentralkontroller är vårdcentralens ålder, antal anställda, antal listade och CNI. Bruskontroller är dummyvariabler för intervjuare, månad och tid på dagen. Landstingskontroller är logaritmerad befolkning, befolkningstillväxt, befolkningstäthet, befolkningsandel som är 65 år och äldre, befolkningsandel som har minst en treårig eftergymnasial utbildning samt medianinkomst. Alla regressioner innehåller även en konstant som inte rapporteras i tabellen. Standardfel klustrade på landstingsnivå inom parentes. ***, **, * anger statistisk signifikans på nivåerna 1, 5 och 10 procent.

Appendix C

Regressionsresultat i kapitel 8

Tabell C1. Regressions samband mellan kvalitetsmått från Nationell patientenkät och managementkvalitet.

	1	2	3
Bemötande	0,51	0,61	0,38
Delaktighet	0,47	0,68	0,31
Information	1,80*	1,52	0,97
Tillgänglighet	1,82	1,53	1,86
Förtroende	0,83	1,55	1,01
Upplevd nytta	1,18	1,50	1,01
Villighet att rekommendera	1,46	2,61	1,50
Helhetsintryck	1,67	1,95	1,26
Kontrollvariabler	Inga	Alla utom Privat vårdcentral	Alla inklusive Privat vårdcentral
R-kvadrat	0,001–0,02	0,25–0,38	0,27–0,42
Antal observationer	115	110	110

Noter: Siffrorna i tabellen anger koefficienter från regressioner av angivna kvalitetsmått på total managementkvalitet. Den beroende variabeln anges på varje rad och är ett så kallat PUK-mått (patientupplevd kvalitet) från Nationell patientenkät. Specifikationerna i kolumn 1 inkluderar total managementkvalitet och en konstant. Specifikationerna i kolumn 2 inkluderar total managementkvalitet, en konstant och samtliga bruskontroller, landstingskontroller och vårdcentralskontroller som vi använt i Appendix B förutom dummy Privat vårdcentral. Specifikationerna i kolumn 3 inkluderar total managementkvalitet, en konstant och samtliga bruskontroller, landstingskontroller och vårdcentralskontroller som vi använt i Appendix B inklusive dummy Privat vårdcentral. ***, **, * anger statistisk signifikans på nivåerna 1, 5 och 10 procent (beräknad med standardfel klustrade på landstingsnivå).

Tabell C2. Regressionssamband mellan väntetider och managementkvalitet.

	1	2	3
Andel telefonsamtal som besvarades samma dag	1,34 (2,42) [0,005]	1,49 (2,91) [0,40]	0,92 (2,64) [0,41]
Andel läkarbesök som genomfördes inom sju dagar	3,72* (1,84) [0,02]	4,74** (2,15) [0,20]	4,82** (2,25) [0,20]
Kontrollvariabler	Inga	Landstingskontroller, bruskontroller och vårdcentralskontroller, förutom Privat vårdcentral	Landstingskontroller, bruskontroller och vårdcentralskontroller, inklusive Privat vårdcentral
Antal observationer	92 respektive 112	91 respektive 108	91 respektive 108

Noter: Siffrorna i tabellen anger koefficienter från regressioner av angivna kvalitetsmått på total managementkvalitet. Koefficientens standardfel klustrade på landstingsnivå redovisas inom parentes följt av regressionens R-kvadrat inom hakparentes. Den beroende variabeln anges på varje rad och kommer från Väntetider i vården. Specifikationerna i kolumn 1 inkluderar total managementkvalitet och en konstant. Specifikationerna i kolumn 2 inkluderar total managementkvalitet, en konstant och samtliga landstingskontroller, bruskontroller och vårdcentralskontroller som vi använt i Appendix B, förutom dummy Privat vårdcentral. Specifikationerna i kolumn 3 inkluderar total managementkvalitet, en konstant och samtliga landstingskontroller, bruskontroller och vårdcentralskontroller som vi använt i Appendix B, inklusive dummy Privat vårdcentral. ***, **, * anger statistisk signifikans på nivåerna 1, 5 och 10 procent.

Appendix D

Bortfallsanalys

104

Som vi har noterat ligger vår svarsfrekvens på 10 procent. Med en svarsfrekvens på denna nivå är det viktigt att studera bortfallet för att bedöma i vilken utsträckning det kan ha påverkat studiens resultat. Bortfallet domineras av verksamhetschefer som vi inte lyckades kontakta på telefon eller via e-post; 86 procent faller inom denna kategori medan 14 procent av bortfallet bestod av verksamhetschefer som valde att inte delta i undersökningen. Tabell D1 jämför värden och andelar för vårdcentraler i Sverige och i studien avseende patientupplevd kvalitet i Nationell patientenkät, Väntetider i vården och några bakgrundsegenskaper för vårdcentralen.

Tabell D1. Vårdcentraler i Sverige och i studien.

	Vårdcentraler i Sverige	Vårdcentraler i studien
Bemötande	89,7 %	89,6 %
Delaktighet	78,0 %	77,1 %
Information	76,8 %	76,5 %
Tillgänglighet	79,2 %	77,8 %
Förtroende	84,3 %	83,7 %
Upplevd nytta	81,4 %	80,9 %
Villighet att rekommendera	82,2 %	81,8 %
Helhetsintryck	71,0 %	70,6 %
Väntetid besök	92,0 %	89,9 %
Väntetid samtal	92,8 %	94,2 %
Offentliga	60 %	68 %
Privata	40 %	32 %
Stockholm, Västra Götaland, Skåne	48 %	45 %
Antal listade (genomsnitt)	8 140	8 731

Tabell D1 visar att skillnaderna för kvalitetsmått från Nationell patientenkät och Väntetider i vården är små. Det enda kvalitetsmått som uppvisar en statistiskt signifikant skillnad är Väntetid besök och då på sju procentig signifikansnivå. Den stora skillnaden är att andelen offentliga vårdcentraler är åtta procentenheter högre i studien än i Sverige. Motsatsen gäller därmed för privata vårdcentraler. Skillnaden mellan andelen offentliga och privata vårdcentraler i studien och i Sverige är statistiskt signifikant (på sex procents signifikansnivå). Andelen vårdcentraler i de tre största landstingen/regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne är tre procentenheter lägre i studien än i Sverige. De vårdcentraler som ingår i studien har i genomsnitt 591 fler listade personer (motsvarande 7 procent fler) jämfört med vårdcentraler i Sverige. Dessa skillnader mellan vårdcentralerna i studien och i Sverige för andelen vårdcentraler i Stockholm, Västra Götaland och Skåne samt för genomsnittligt antal listade personer är dock inte statistiskt signifikanta.

Utifrån ovanstående skulle överrepresentation av offentliga vårdcentraler i studien kunna vara ett problem. Vi har därför beräknat viktade medelvärden för total managementkvalitet och för de tre områdena Funktioner och processer, Målstyrning samt Incitament och personalutveckling. Dessa vikter är omvänt proportionella mot sannolikheten att en offentlig och en privat vårdcentral ska ingå i studien. De viktade resultaten rapporteras i tabell D2.

Skillnaderna mellan de oviktade och de viktade medelvärdena i tabell D2 är väldigt små. Att offentliga vårdcentraler är överrepresenterade i studien spelar med andra ord en ytterst liten roll för de uppmätta nivåerna av managementkvalitet i primärvården som helhet.

Vi har på motsvarande sätt undersökt känsligheten i regressionerna i tabell B1, B2, C1 och C2 genom att använda samma vikter som i tabell D2. Skillnaderna är överlag små. När vikter används i tabell B2 är antal år på nuvarande vårdcentral inte statistiskt signifikanta ens på tioprocentnivå i kolumn 2. I tabell C2 förändras

Tabell D2. Oviktade och viktade medelvärden för managementkvalitet.

	1. Oviktat medelvärde	2. Viktat medelvärde
Total managementkvalitet	3,73	3,74
Funktioner och processer	4,20	4,21
Målstyrning	3,89	3,90
Incitament och personalutveckling	3,06	3,08

Noter: Vikterna i kolumn 2 är omvänt proportionella mot sannolikheten att en offentlig respektive en privat vårdcentral ingår i studien.

koefficienten för total managementkvalitet och minskar med som mest 42 procent i regressionerna med andel telefonsamtal som besvaras samma dag (utan att bli statistiskt signifikanta). I regressionerna med andel läkarbesök som genomförs inom sju dagar ökar koefficienten för total managementkvalitet med som mest 17 procent (och den statistiska signifikansnivån förstärks till 5 procent i kolumn 1).

Vi har också undersökt om det finns något samband mellan total managementkvalitet och det antal telefonsamtal som krävdes för att få en intervju till stånd. Tanken bakom en sådan undersökning är att cheferna på vårdcentraler med till exempel hög managementkvalitet kan vara mer benägna att delta i undersökningen. Om så vore fallet och det skulle krävas fler telefonsamtal för att få intervjua chefer på vårdcentral med låg managementkvalitet skulle vi ha en indikation på en över-skattning av total managementkvalitet. Det visar sig dock att det inte finns något signifikant samband mellan total managementkvalitet och det antal telefonsamtal som krävdes för att få en intervju till stånd (koefficienten för antalet samtal är 0,023 med ett standardfel på 0,050 i en bivariat regression).

Referensgrupp

Den referensgrupp som är knuten till forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle* har följt arbetet med rapporten och har bidragit med kunskap, tid och synpunkter. Referensgruppen består av följande ledamöter:

Linnea Ax Tillväxtverket
Catharina Barkman Stockholms läns landsting
Henrik Borelius Attendo
Mats Brandt Finansdepartementet
Henrik Brehmer Capio
Fredrik Eklund Nordic Health Group
Peje Emilsson Magnora
Leif Eriksson Täby kommun
Sari Eriksson Katrineholms kommun
Daniel Forslund Vinnova
Johan Fredriksson Praktikertjänst
Magnus Lindquist Triton
Eva Mörk Uppsala universitet
Nina Nornholm EQT
Fredrik Näslund Nordic Capital
Anna Pauloff Statskontoret
Stefan Stern Investor
Christina Sterner Diaverum
Kristina Ström Olsson Svensk Försäkring
Mattias Svantesson Skolinspektionen
Annika Wallenskog Sveriges Kommuner och Landsting
Hans Wikse Procuritas
Martin Ärnlov Bräcke Diakoni

Publikationer

Nedanstående publikationer har givits ut inom ramen för forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle*.

Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?
Laura Hartman (red.), 2011

Friskolereformens långsiktiga effekter på utbildningsresultat
SNS Analys 7, Anders Böhlmark och Mikael Lindahl, 2012

Privata aktörer inom arbetsförmedling och rehabilitering
SNS Analys 11, Richard Öhrvall, 2013

Lärdomar från England om konkurrens i vården
SNS Analys 13, Carol Propper, 2013

Välfärdstjänster i privat regi: framväxt och drivkrafter
Henrik Jordahl (red.), 2013

Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning
Eva Hagbjer, 2014

Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer
Peter Lindgren, 2014

Att styra och leda äldreomsorg. Hur går det till och vad kan förbättras?
Jannis Angelis och Henrik Jordahl, 2014

Nätverk förbättrar vården för patienter med kroniska sjukdomar
SNS Analys 23, Martin Rejler, 2014

Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet
Anna Häger Glenngård, 2015

Styrning och ledning i skolan
SNS Analys 31, Nicholas Bloom och Renata Lemos, 2015

Information – ett verktyg för bättre skolsystem
Gabriel Heller Sahlgren och Henrik Jordahl, 2016

Att styra och leda en vårdcentral. Hur går det till och vad kan förbättras?
Jannis Angelis, Anna Häger Glenngård och Henrik Jordahl, 2016

Hur väl styrs svenska vårdcentraler? Hur mycket vet man om det arbete som utförs och vad som kan förbättras? Sätter man utmanande mål och följer upp om de nås? Arbetar man aktivt med att rekrytera, utveckla och behålla talangfulla medarbetare?

I rapporten undersöks den operativa driften i primärvården, genom intervjuer med verksamhetschefer på 119 vårdcentraler runt om i Sverige.

Studien finner att svensk primärvård generellt sett har god styrning och ledning. Knappt några vårdcentraler får riktigt låga poäng enligt det index som används för att mäta detta. Vårdcentralerna är bäst på att leda genom funktioner och processer, till exempel systematiskt förbättringsarbete. De har mest att utveckla när det gäller incitament och personalutveckling.

Analysen ger en grund för att hitta förbättringsmöjligheter – vilket framstår som centralt med tanke på att primärvården utgör basen i den svenska hälso- och sjukvården och står för ungefär en femtedel av vårdens utgifter.

Författare är *Jannis Angelis*, docent i industriell ekonomi, Kungliga Tekniska högskolan och Institutet för Näringslivsforskning (IFN), *Anna Häger Glenngård*, ekonomie doktor i företagsekonomi och lektor vid företagsekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och *Henrik Jordahl*, docent i nationalekonomi, IFN.

