

# Kontraktstyrd primärvård

## En modern lösning eller väger traditionerna tyngre?

**Britt-Marie Brinkmo**

Primärvården har till uppgift att tillgodose befolkningens behov av basal medicinsk vård som skall styras av helhetssyn, kvalitet, god tillgänglighet, kontinuitet och samverkan. Målet att öka tydligheten i vårdens uppdrag har inneburit att allt fler landsting infört kontraktstyrning med politiker som beställare.

I denna studie bland politiker, tjänsteman och vårdcentralschefer inom primärvården var aktörerna delvis oeniga om de centrala begreppen tillgänglighet, kvalitet och kontinuitet. Skillnaden sågs i vissa fall mellan företrädare för beställare respektive utförare och i vissa fall mellan professionella grupper.

Aktörerna var eniga om att kontrakt med politiker som beställare ger bättre förutsättningar för styrning än traditionella budgetmodeller. För att modellen skall fungera behövs klarare ansvarsfördelning och realistiska prioriteringar så att balans kan uppnås mellan resurser och åtagande.

Analysen visar att samtliga aktörer sitter fast i linjeorganisationens paradigm och har svårt att utnyttja kontraktstyrningens fördelar. Fokusering på produktivitet framför effektivitet och utfall försvårar möjligheten att uppnå koncensus i beställningsarbetet. Med gemensam huvudman fodras samspel i strategiska processer och policy frågor.

Britt-Marie Brinkmo är forskarstuderande vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. CHSA, Gibraltargatans vårdcentrum 1c, 411 32 Göteborg, britt-marie.brinkmo@chsa.med.gu.se

### Inledning

Svensk hälso- och sjukvård präglas av olika bilder. En bild är krisstämningen inom landstingen med finansiella underskott som kräver besparingsprogram. Försämringar i tillgänglighet med växande vårdköer har resulterat i reportage i medierna om allt ”sämre vård”. En annan bild är att svensk hälso- och sjukvård står sig väl internationellt sett. Folkhäl-

san är god och vårdens kvalitet om än med vissa undantag är hög. Sverige har gott om välutbildad sjukvårdspersonal och ny teknik har öppnat för produktivitetsförbättringar. Trots olika bilder har svensk hälso- och sjukvård i likhet med övriga Europeiska länder under 1900-talets genomgått omvälvande politiska processer.

För att stimulera till ökad produktivitet och markandsanpassning har allt fler europeiska länder försökt med "pseudo marknad", "köp-sälj" eller kontraktstyrd vård (Saltman & Otter 1992, Le Grand & Bartlett 1993). Även i Sverige har pendlings mellan konkurrens och samverkan utvecklats mot mer beställarstyrning (Övretveit 1995, Axelsson 2000). Flera landsting, däribland Västra Götalandsregionen, har infört en ny styrmodell för att bättre kunna tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård (Siverbo & Falkman 2001, SOU 2001:8). Under 2001 tog de största huvudmännen i Sverige beslut om att all vård skall konkurrensutsättas och därmed kontraktstyras (Mäntyranta & Övretveit 2002).

Hälso- och sjukvården är i grunden en politisk styrd organisation utformad efter klassiska hierarkiska organisationsteorier med professionell byråkrati (Mintzberg 1983). Den anses svårstyrd p g av att aktörerna förutom den hierarkiska styrningen också påverkas av andra krafter (Axelsson 2000). De professionella grupperna styrs av medicinska regelverk och av sin roll som agenter för patienterna. I den funktionen uppkommer lätt konflikter med överordnade mål, som har befolkningsperspektiv och som företräds av den politiska nivån. Mellan de båda hierarkiska nivåerna befinner sig tjänstemännen, som leder och organiserar verksamheten (Bogert 1993).

I sjukvårdsuppdraget har beställare och utförare olika roller att agera utifrån men med gemensamma mål att uppnå bästa möjliga resultat för regionens invånare (Västra Götalandsregionen 2002). De aktörer som deltar i förhandlingsarbetet är administratörer som sedan presenterar förslag till politiker och verksamhetschefer. I den egna positionen skapas olika bilder av vad som skall ingå i hälso- och sjukvårdens uppdrag och

hur vården skall utföras. Förhandlingarna formaliserats i "överenskommelser" vilka till skillnad från avtal bygger på en gemensam viljeförklaring och inte betraktas som en formell rättshandling.

### Frågeställningar

Det första syftet med studien var att visa hur politiker, administratörer och professionella företrädare förhåller sig till primärvårdens uppdrag utifrån hälso- och sjukvårdslagens definition av primärvård (SFS 1996:786).

Det andra syftet var att undersöka vilken betydelse kontraktstyrningens har för beställare och utförare som medverkat i kontraktens utformning.

Deltagarna i studien var politiker, tjänstemän och vårdcentralschefer i två primärvårds-områden i Västra Götaland och den genomfördes våren 2003. Totalt deltog 125 aktörer i enkätstudien och 8 gruppintervjuer om ca 7 deltagare i varje grupp.

### Resultat

#### Attityder till primärvårdens huvudprinciper

Primärvården skall erbjuda basal vård som bygger på huvudprinciperna helhetssyn, kvalitet, tillgänglighet, kontinuitet och samverkan. I vilken utsträckning primärvården kan tillmötesgå dessa principer är dels beroende av balansen mellan uppdrag och resurser dels av samstämmigheten mellan beställare och utförare kring hur behov, utbud och efterfrågan skall tillgodosas.

Resultaten visade att huvudprinciperna inte alltid definieras på samma sätt. Det fanns skillnader i tolkningen av begreppen mellan politiker, administratörer och verksamhetschefer som också hade skilda uppfattningar om begreppens inbördes rangordning.

De begrepp som aktörerna var eniga om var begreppen helhetssyn och samverkan.

Tolkningen av tillgänglighet, kvalitet och kontinuitet skilde sig åt, både när det gällde mellan professionella grupper, primärvårdsområden, utbildningsbakgrund och anställningstid.

Vid genomgång av avtal och överenskommelser framkom att principerna ges olika tyngd i avtal och överenskommelser. Här konstateras att "tillgänglighet, kvalitet och samverkan" har en mer framträdande plats medan "helhetssyn och kontinuitet" ges mindre utrymme.

### Samspelet i kontraktprocessen

Möjligheten att nå koncensus mellan beställare och utförare påverkas av hur primärvårdens huvudprinciper tolkas och de faktorer som inverkar på hur kontraktens efterlevs. Beställarsystemet i Västra Götalandsregionen har enligt aktörerna både för- och nackdelar.

De viktigaste framgångsfaktorerna för kontraktstyrning uppgavs vara:

- Modellen fokuserar mer på befolkningens behov än tidigare traditionella budgetsystem. Den har öppnat för bättre styrning av balansen mellan utbud och efterfrågan och den har synliggjort viken av realistiska prioriteringar utifrån tillgängliga resurser.
- Uppdelningen mellan beställare och utförare där politiker fått en tydligare befolkningsföreträdarroll och utförarna ett mer avgränsat uppdrag har skapat bättre möjligheter att fokusera på särskilda behovsgrupper i primärvården.
- Decentralisering av beställning till lokal nivå har öppnat för bättre anpassning till lokala förhållanden. Ett administrativt stöd på båda sidor har lett till en öppen dialog och bättre samspel i förhandlingsarbetet där verksamhets-

utveckling och utvärdering särskilt har lyfts fram.

Kontraktkulturen har dock väckt debatt bland aktörerna då den har givit politiker och dess administratörer större inflytande. Beställartjänstemännen har fått en centralare roll med möjlighet att indirekt påverka beställningens innehåll.

*"Det är klart att vi som beställare har fått mera makt. Makt på det sättet att vi kan lyfta fram frågor som tidigare legat på utförarna. Vi tjänstemän tar inte beslut utan lägger fram förslag till politikerna. Ibland blir det väl ändå så att det är våra förslag som antas" (beställartjänsteman).*

Under intervjuerna framkom att det främst varit verksamhetscheferna som motsätter sig ökad styrning. Denna förskjutning av påverkansmöjligheter från de professionella grupperna till andra aktörsgrupper tycks inverka på samspelet dem emellan.

*"Vi behöver inte mer styrning utan hellre en rättvis fördelning av uppdrag och resurser utan att bli uppläxade av politiker för att vi inte klarar målen" (utförartjänsteman).*

*"Vi har numera möjlighet att styra primärvården och det är lättare att styra. Där vi främst kunnat styra är när det har handlat om pengar" (beställartjänsteman).*

De viktigaste förbättringsområdena för beställningsarbetet anses vara:

- Gränsdragningen mellan beställare och utförare är otydlig där beställare i högre grad önskar detaljreglera insatser, vilket leder till otydlig i ansvarsfördelningen om vem som ha ansvaret för "vad" som

ska göras - och ”hur”.

- Motstånd mot att förändrasjukvårdens struktur är nära kopplat till position. Förändringsmotståndet handlar främst om bristande delaktighet, negativa erfarenheter från tidigare förändringar och att man inte ser fördelen av det nya sättet att styra.
- Aktörer upplever beställar-utförarorganisationen jämfört med den traditionella linjeorganisationen som mer toppstyrd och kontrollerande än tidigare budgetsystem.
- Samliga aktörer lägger större vikt vid produktivitet i form av vårdproduktion (pinnstatistik) framför att fokusera på effektivitet i form av hälsovinster för befolkningen.

Studien visade att flera politiker, tjänstemän och verksamhetschefer är tveksamma till modellen. Den politiskt styrda organisation upplevs av tjänstemännen som strikt och där det finns en uttalad rädsla för att ge uttryck för åsikter som går stick i stäv med politiska intentioner.

*”I början fanns förväntan om att vi skulle kunna omvandla den gamla landstingskulturen. Det tog längre tid än vad vi hade tänkt och det är besvärligt att inse att man inte har lyckats ”(politiker).*

*”Höga tjänstemän har blivit avsatta om man inte har anpassats sig efter de politiska spelreglerna” (utförartjänsteman).*

*”Frågan är väl om vi som beställare även är lite av utförare ibland” (beställartjänsteman).*

Obalansen mellan resurser och uppdrag förklaras av utförarna av att åtagandet styrs av politiska preferenser framför evidensbaserade behovsbedömningar. Detta uppges

*Socialmedicinsk tidskrift nr 3/2004*

vara orsaken till att beställare och utförare haft olika uppfattning om vad som är ett rimligt åtagande. En annan orsak uppges vara att beställarna inte haft tillräckligt med de resurser som utförarna ansett behövs för att bedriva en bra primärvård.

*” De har ibland framförts att det inte spelar någon roll vad som står i avtalen, för vi måste ta hand om befolkningen ändå. Det är många som upplever att det spelar ingen roll vad vi kommer överens om ” (verksamhetschef).*

*” Jag tror att de flesta av sjukvårdspersonalen respekterar att verksamheten måste styras och att det är politikerna som bäst styr och prioriterar. Sjukvård är faktiskt en ekonomisk fråga och resurserna är inte oändliga ” (politiker).*

För att få balans mellan uppdrag och resurser anser utförarna att de borde ges större handlingsfrihet att bedöma värdet av insatta primärvårdsinsatser. Uppdraget och ersättningsmodeller borde också kopplas samman med verkliga kostnader och inte enbart byggas utifrån de tilldelade resurserna.

Förhandlingsarbetet kring kontrakten sker företrädesvis mellan ledande administratörer.

*” I den tidigare modellen upplevde jag att politikerna lyssnade på oss, samtidigt som vi tog ett gemensamt ansvar för fattade beslut. Nu har avståndet mellan oss lett till misstro som filtreras genom administratörerna på båda sidor” (verksamhetschef).*

*”Det bästa med systemet vore en kompromiss kring de system vi hade tidigare och det vi har nu. Det vore bättre om vårdpersonal blev mer delaktiga i beställningsarbetet” (utförartjänsteman).*

Såväl beställare som utförare efterlyser större samstämmighet hos varandra kring förändringsprocessen för att kunna implementera kontraktstyrning i verksamheten. Samtidigt önskar man i högre grad kunna dela med sig av spetskompetens för att på så sätt åstadkomma bättre dialog.

### **Reflektioner över beställarstyrning**

Inom sjukvården har professionella organisationsprinciper varit dominerande under lång tid. För att bryta byråkratiska principer och professionell hierarki har den privata marknaden fått stå förebild i landstingens strävan om förnyelse. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården i Sverige under 1990-talet har inriktats på produktivitet och effektivitet där politikerrollen förändrats för att stärka befolkningsperspektivet.

Den här studien utgick från att politiker, administratörer och verksamhetschefer verkar i olika kulturer och därmed förhåller sig på olika sätt till beställare-utförarmodellen och kontraktstyrning (Borgert 1992).

Kontraktskulturen har inneburit både möjligheter men också problem. Studien visar att regionledningen i Västra Götaland inte riktigt har lyckats att implementera modellen som styrmodell för hantering av primärvårdens uppdrag. Av individuella enkäter och gruppintervjuer framkom att modellen behöver anpassas till lokala förutsättningar. Verksamheten bland aktörerna till modellen blir mest framträdande när det gäller olika roller och mandat samt bristen på utvärderingsinstrument och förtroende. Studien visar i likhet med tidigare studier en maktförskjutning till tjänstemännen (Bergman & Dahlbäck 1995).

Om beställningsprocessen ska kunna utvecklas bör både beställare och producenter kunna tona ner linjeorganisationens betydelse och ge mera lokal handlingsfrihet i

förhandlingsarbetet.

Skall ansvarsfördelningen kunna balanseras mellan ”vad” som ska göras och ”hur” detta ska ske, bör tillämpningen av principerna för primärvårdens uppdrag betraktas som utförarens kompetensområde. Det torde vara tillräckligt att överenskommelser anger dessa och överlåter till utförarna att avgöra hur dessa skall tillgodoses. Utifrån ett beställarperspektiv kunde överenskommelser istället fokusera på prioritering för att uppnå samstämmighet kring hur resurserna ska fördelas efter vad som kan betraktas som rimligt.

Kravet på måluppfyllelse från beställarhåll tenderar att reglera insatser i detalj framför att fokusera på patienternas återvunna eller bibehållna hälsa.

Möjligheten att uppnå konsensus i kontraktsskrivning när beställare och utförare tolkar uppdraget på samma sätt och värderar de faktorer som inverkar på beställarprocessen lika.

Grundtanken med beställar-utförarmodellen som den utformades i Storbritannien byggde på tankegången om att konkurrens bland producenter förväntas leda till en högre effektivitet (Enthoven 1985).

Erfarenheterna från några landsting i Sverige visar att ”marknaden” inte genomför strukturförändringar utan att hänsyn måste tas till organisationsstruktur, finansieringsystem och tradition. I Bohusmodellen framkom att oklarheterna låg i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsen och de lokala nämnderna (Berglund 1995). Erfarenheterna av Stockholmsmodellen pekade på att ottydligt formulerade kontrakt inte hade några styreffekter (Rehnberg 1995).

Det kan det vara på sin plats att betrakta beställare/utförarmodellen som en organisationsform förknippad med olika förhoppningar om förbättrad effektivitet, ökad de-

mokrati eller bättre hälsa. Förhoppningarna ställs ständigt mot de resurser, mätt i pengar, som vi vill avsätta för bibehållen eller bättre hälsa.

Fördelen med kontraktprocessen har varit att den ökat förståelsen för hälso- och sjukvårdens komplexitet och kostnadsbild. Nackdelen med beställar-utförarmodellen är att det saknas instrument för att i realiteten styra och motverka att efterfrågan på vård tillfredsställs i högre grad än vad som är överenskommet.

För att beställar-utförarmodellen ska få full genomslagskraft i svensk hälso- och sjukvård krävs ett paradigmskifte med organisatorisk förändring av huvudmannskapet för hälso- och sjukvårdens olika områden.

På så sätt skapas incitament för beställare att styra med kontrakt samtidigt som åtagandet kan avgränsas av producenterna. Detta kräver att den hierarkiska relationen ersätts med en mer marknadsinriktad relation.

Linjeorganisationens hierarkiska uppbyggnad kombinerat med stark politisk styrning utgör därför trots allt ett hinder för att modellen ska kunna fungera fullt ut. Därför krävs strukturförändringar som utifrån ett modernt organisationstänkande tar sig an styrning och ledning. Kanske handlar beställare-utförarmodellen och kontraktsstyrning i själva verket om att balansera kontinuitet i vardagen kombinerat med en förmåga att kunna möta morgondagens förändring!

## Referenser

- Axelsson L (2000). Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning - en delikat balansakt. Doktorsavhandling vid Nordiska hälsovårdshögskolan.
- Berglund M (1995). Nu utvärderar vi Bohusmodellen. Bohusmodellen 1992-1995. Hur går det? Vad kan vi lära? Slutrapport. Göteborg Bohuslandsstinget.
- Bergman S-E & Dahlbäck U (1995). Sjukvård. En svårtstyrd verksamhet. En studie över styrledningsformer i svensk hälso- och sjukvård, Stockholm. Landstingsförbundet.
- Borgert L (1992). Organisation som mode. Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård. Rapport till Landstingsförbundet, Stockholm.
- Enthoven A (1985). Reflections on the management of the national Health Service. Nuffield provincial Hospital Trust. London.
- Le Grand J & Bartlett W (1993). Quasi-markets and social policy. London Macmillan.
- Mintzberg H (1983). Structure in fives: Designing effective organizations. Prentice Hall Inc: Eaglewood Cliffs, New Jersey.
- M Mäntyranta T, Övretveit J (2002). Att köpa hälsa: kontraktstyrd vård i sjukvården i Norden. Socialmedicinskt tidskrift nr 1/2002
- Rehnberg C (1995). "Kontraktstyrning och intern marknad" i Stockholmsmodellen. Handelshögskolan i Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet (EFI).
- Saltman B, R. Figueras J (1997). Who. European Health care reforms. Analysis of current strategies. European series; No 27, Copenhagen.
- SFS 1996:786 Lag om tillsyn över hälso- och sjukvården. [www.notisum.se/](http://www.notisum.se/)
- Siverbo S Falkman P (2001). Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götaland - en konstruktion, motiv och förväntade effekter. Utvärderingsprogrammet: Västra Götaland. Rapport 9. Göteborgs universitet.
- SOU 2001:8). Prioriteringar i vården - Perspektiv för politiker. Profession och medborgare. Slutrapport från prioriteringsdelagationen, Stockholm.
- Västra Götalandregionen (2002). Budget för 2003 och flerårsplaner 2004-2005. Västra Götalandsregionen, Vänersborg.
- Yin, R.K (2003 ). Case Study Research: Design and Methods. Second Edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Sage Publications, Thousand Oaks CA.
- Övretveit, John (1995). Purchasing for health. Open University Press. Buckingham.