

Sjukvården kan styras bättre – om aktörerna får rätt förutsättningar

Bästa sättet att skapa en god effektivitet i den dagliga driften i sjukvården är stor inre frihet för producerande organisationer med tydliga mål och med stöd i tydliga prioriteringar. Trots att det finns goda kunskaper om effekterna av olika modeller för styrning och organisation av sjukvård utnyttjas inte dessa fakta i den politiska debatten, menar författarna, som presenterar en tentativ modell för utveckling av sjukvården i Sverige.

ROBERT RAGNEKLINT

fil dr, forskare i arbetslivspsykologi med särskild inriktning på sjukvård

BJÖRN JANSSON

ekon lic, top management-konsult inom KomRev med särskild inriktning på styrning av komplexa kunskapsintensiva verksamheter

bjorn.jansson@se.pwcglobal.com

■ Bland objektiva faktorer som driver fram förändringar inom sjukvården noteras:

- landstingens svaga ekonomi, som dessutom försämras;
- tekniska och medicinska framsteg, som möjliggör behandling av tidigare icke behandlingsbara sjukdomar;
- dyrare men också effektivare metoder för diagnostik och behandling;
- åldrande befolkning, som behöver alltmer vård;
- mindre tolerans från medborgarna för avvikelser från »normalt och friskt«, samtidigt som viljan och förmågan till egenvård minskat.

Till dessa faktorer kan läggas politiska aspekter, t ex svårigheten att göra medvetna politiska prioriteringar (det är lätt att prioritera upp, men ofta omöjligt att prioritera ner – och då prioriterar man inte) och svårigheten att ändra strukturen (att lägga ner sjukhus och kliniker är nödvändigt på många håll, men de som fattar dessa beslut förlorar nästa val).

Outnyttjade kunskaper

Vi ser det som vår skyldighet att bidra till att belysa de förutsättningar sjukvården står inför. Vi kan som forskare och konsulter inte bidra med lösningar av politiska prioriteringar och etiska avvägningar. Däremot finns det från forskning och konsultverksamhet omfattande och tämligen entydiga slutsatser om hur organisation, styrning och ledning kan ut-

formas för att främja effektivitet och kvalitet inom sjukvård.

Trots att kunskaperna om effekterna av olika modeller för styrning och organisation av sjukvård är goda, ser vi som forskare och konsulter att dessa kunskaper ofta inte är kända och inte heller utnyttjade. I den politiska debatten saknas ofta de fakta som ger möjlighet att välja organisations- och styrformer som främjar de mål man vill uppnå.

Val av organisations- och styrform bör inte längre ses som en partipolitisk fråga utan som en professionell fråga, där politikens roll är att skapa förutsättningarna och genom val av mål ange utgångspunkter för vilka styr- och organisationsformer som bör väljas.

Slutsatser från forskningen

De slutsatser som kan dras från forskning och konsultverksamhet är följande:

1. Strukturfrågorna har stor betydelse för kostnaderna.
2. Effekter av marknadsrelaterade styrformer är högre kostnader och större volymer.
3. Valfrihet för patienterna har inte varit ett aktivt styrinstrument.
4. Betydelsen av prioriteringar och hållbarhet över tiden är stor.
5. Betydelsen av engagemang och dialog kan inte överskattas.
6. Stor inre frihet för producerande organisationer bör råda.

Strukturen på sjukvården avgör i huvudsak kostnadsnivån. Med struktur menar vi antalet sjukhus och antalet kliniker, men också volym och sammansättning av personal. Skall möjligheten till effektiviseringar som uppstår genom effektivare behandlingsmetoder utnyttjas, måste den ökade produktiviteten och de kostnadsökningar som den medför mötas genom att strukturen förändras för att minska kostnaderna.

Görs inte detta ökar i stället service-

nivå och kostnader, vilket är bra – om det sker medvetet, om man har råd med den ökade servicen och om inte andra insatser i stället borde prioriteras [1, 2].

Effekten av marknadsrelaterad styrning

Marknadsrelaterade styrformer har inte lett till lägre utan till högre kostnader. Effekterna av marknadsrelaterade styrformer i svensk sjukvård är ännu begränsade. Några tydliga slutsatser går dock att dra, såväl av erfarenheter i Sverige som av internationell forskning.

Till dessa modeller har knutits flera förhoppningar, t ex att politiska organ skulle få en tydligare roll som medborgarföreträdare (beställare) medan producerande enheter skulle få en tydligare roll som producent (med renodlat ansvar för vårdens inre effektivitet inklusive patientbemötande etc). Sammantaget menade man att detta skulle leda till såväl tydligare prioriteringar (genom politiska organ) som större effektivitet (genom renodling av producentrollen).

Beställarna i diskussion om detaljer

Såväl forskning som konsultutvärderingar pekar tämligen entydigt på att förhoppningarna inte infriats. Beställarna har haft svårt att göra tydliga beställningar och prioriteringar. Beställarna har ofta hamnat i en dialog med producenterna kring detaljer, prioriteringar har ofta varit kortsiktiga, och styrningen har vanligen inte kunnat påverka producentens produktionskapacitet eller ens dess förändringar. Till detta kommer att ansvaret för strukturen blivit oklart, svaret har »hamnat mellan stolarna«. Vem beslutar om investeringar i ny och avancerad utrustning? Vem beslutar om antalet sjukhus, kliniker, avdelningar och läkare? Dessa beslut avgör såväl

I praktiken har effekterna av valfrihetsreformerna blivit begränsade. Närhet och tillgång styr efterfrågan.

servicens inriktning som kostnadsnivån [3-5].

Prestationsersättningens effekter

När det gäller »priset« – ersättningsens utformning – finns tydliga erfarenheter. Prestationsbaserad ersättning löser vissa problem men skapar samtidigt andra. Prestationsfinansiering utan tak leder till ökad produktion och ökad produktivitet – men också till icke avsedd ökning av totalkostnaden. Producenterna förbättrar sin lönsamhet genom ökad produktion – detta är lättare än att förbättra lönsamheten genom att sänka kostnaderna. Införs tak för prestationsfinansieringen, i syfte att begränsa totalkostnaden, stiger inte heller produktiviteten.

Prestationsfinansiering leder till tydliga tendenser – belagda i USA – till dysfunktionellt beteende. Producenter inriktar sig på de diagnoser/behandlingsformer som ger störst lönsamhet för dem – vilket är »funktionellt« för producenten (som enligt modellen skall maximera sin egen lönsamhet) – men inte alltid det som är motiverat från vårdsynpunkt [6].

Erfarenheter av marknadsstyrning

Sammanfattningsvis kan konstateras att erfarenheterna av marknadsliknande styrformer inom sjukvård inte är uppmanande:

- hanteringen av strukturfrågor försvåras;
- dysfunktionellt beteende ses hos producenterna;
- administrations- och transaktionskostnaderna ökar;
- vinster vad gäller effektivitet eller tydligare prioriteringar finns inte.

Valfrihet som styrmedel

Valfrihet för patienterna har hittills haft mycket liten betydelse som styrform men kan ha gett patienten bekvämare tillgång till vård. Rätten för patienterna att söka vård i andra landsting, att välja mellan sjukhus, mellan läkare inom primärvården etc har införts i stor omfattning. Ett syfte har varit att skapa incitament för producenterna att anpassa sig efter patienternas behov och preferenser.

Mekanismerna i en sådan utveckling skulle vara att när patienten väljer en viss vårdgivare får man en signal om att man är på rätt väg och därmed resurser att fortsätta denna utveckling. Den vårdgivare som väljs bort tvingas till anpassning kostnadsmissigt och får ekonomiska incitament att se över de faktorer som gjort att man »tappat marknad«. Förhoppningen var att relativt begränsade patientströmmar skulle skapa incitament för producenter med decentralise-

rat resultatansvar att utveckla bemötande och service.

Närhet och tillgång styr efterfrågan

I praktiken har effekterna av valfrihetsreformerna blivit begränsade. Några större förändringar i patienternas »konsumtionsmönster« noteras inte. Huvuddelen av de förändringar som skett där patienten valt annan vårdgivare har motiverats av praktiska skäl (t ex att man söker läkare i anslutning till sin arbetsplats, inte i anslutning till sin bostadsadress), inte av faktorer som har med värden (kvalitet, bemötande etc) att göra.

De incitament som uppstår skall inte underskattas, men de relaterar inte till producentens agerande utan till strukturen (t ex var värden finns). Närhet och tillgång styr efterfrågan. Kvalitet och kompetens är svårt för patienten att bedöma.

Prioriteringar måste motiveras

Betydelsen av prioriteringar och hållbarhet över tiden kan inte nog betonas. Sjukvård är en komplex verksamhet, såväl organisation som utrustning byggs upp under en lång tid. Förändringar måste därför vara långsiktiga och genomföras på ett systematiskt sätt. Kortsiktiga förändringar leder ofta till stora förluster i effektivitet, kvalitet och förtroende. Prioriteringar måste motiveras, vara tydliga samt förankrade i en dialog där de olika nivåerna tar ansvar för sin del av besluten samt stöder och skapar förutsättningar för övriga nivåer [7, 8].

Engagemang och dialog

Betydelsen av engagemang och dialog kan inte överskattas. Sjukvård präglas av starka etiska och professionella värderingar bland de verksamma, både förtroendevalda och anställda. Verksamheten är mycket heterogen och komplex. Detta innebär att framgångsrika styrmodeller måste baseras på en process där verksamhetsmässiga mål vägs mot ekonomiska mål i en öppen dialog. I denna dialog är den professionella vårdpersonalens djupa engagemang avgörande.

Finansiella mål sedda för sig har för låg legitimitet bland förtroendemän, anställda, patienter och allmänhet för att vara styrande. Det är den verksamhetsmässiga styrningen och de värderingar som präglar den som de facto avgör kostnadsutvecklingen [2, 9].

Vad skapar god effektivitet?

Stor inre frihet för producerande organisationer med tydliga mål och stöd i tydliga prioriteringar är det bästa sättet att skapa en god effektivitet i den dagliga driften. Politiska och administrativa nivåer bör ta ansvar för strukturerna och

det administrativa stöd som behövs för en effektiv drift i den dagliga verksamheten. De beslut som berör den rena driften och organisation av produktionen på operativ nivå bör och kan fattas endast av de professionellt ansvariga, som förstår driftfrågorna och kan ta ansvar för dem [10].

Statligt ansvar för sjukhusstrukturen?

En tentativ modell för utveckling av sjukvården i Sverige skulle därför baseras på följande punkter:

1. Ett tydligare ansvar för strukturen, där kanske staten bör ta huvudansvaret för sjukhusstrukturen.
2. Tydligare prioriteringar, där politiska organ tar de avgörande besluten om inriktningen samt litar på och ger stöd till professionen i dagliga prioriteringar.
3. Administrativa nivåer tar ett större ansvar för att utveckla och ge professionella ledningsnivåer ett bättre underlag för att följa sin verksamhet.
4. Förtroendet och dialogen mellan politiska beslutsfattare och professionella grupper inom vården måste stärkas.
5. Använd traditionell budget och uppföljning som styrinstrument men se till att tidshorisonerna blir relevanta (förändringar i driften som skall genomföras ansvarsfullt kräver lång ledtid) och att driftsfrågor decentraliseras till de professionellt verksamma i vården och deras närmaste chefer.

Referenser

1. Söderström L, Lundbäck M. Stor och liten. Om värdeeffektiva sjukhus. Stockholm: Reforminstitutet; 2002.
2. Jansson B. Struktur och strategi. Kommunledning i brytningstid. Lund: Företagsekonomiska institutionen vid Lunds universitet; 1994.
3. Komrev. Ekonomistyrning i hälso- och sjukvård. Stockholm: Komrev; 2002.
4. Ekonomisk planering och kontroll. Granskningsrapport till Region Skånes revision. Lund; 2001.
5. Ekonomisk planering och kontroll. Granskningsrapport till Region Skånes revision. Lund; 2002.
6. Elmersjö CÅ, Helgesson G. Konflikter mellan etiska och ekonomiska perspektiv i sjukvårdsorganisation. *Kommunal ekonomi och politik* 2001;5(4):35-62.
7. Socialstyrelsen. Årsredovisning 2001.
8. Goold M, Campbell A. Managing the diversified corporation: The tensions facing the chief executive. *Long Range planning* 1988, nr 110.
9. Ragneklint R. Man kan bli bättre om man vet vad bättre är. Lund: institutionen för psykologi, Lunds universitet; 2002.
10. Hallin B, Siverbo S. Jakten på den goda styrningen. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, rapport nr 3, 2002.