

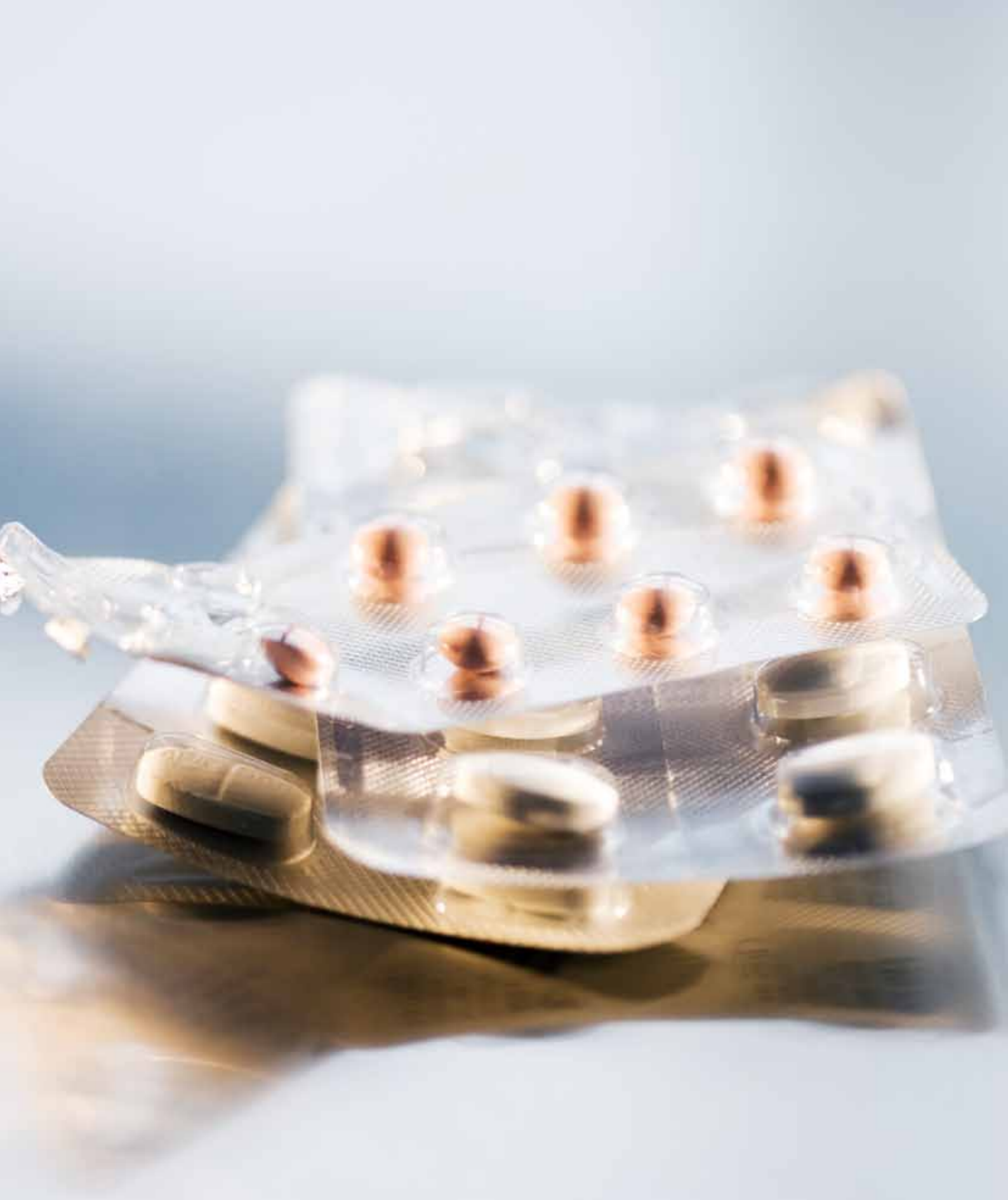
report

Leading Health Care nr 3 2014

Framtidens hälsa, vård och omsorg:


**Detta kommer debatten
att *handla om***





Framtidens hälsa, vård och omsorg:

**Detta kommer *debatten*
att handla om**



Kvar finns det som inte står i denna bok. Och det är det viktiga.

Denna skrift publiceras på stiftelsen Leading Health Cares 5-årsdag. Fem år av omfattande samverkan med hela vår partnergrupp och många andra inom hälsa, vård och omsorg. Fem år av ständig strävan att översätta forskningsbaserad kunskap om organisering, ledning och styrning till praktikens förutsättningar.

Ändå finns skäl att påpeka det som inte står i boken. Det står inget, i alla fall inget heltäckande, om alla de möjliga och omöjliga sammanhang där de tio tankar som här presenteras kan användas. Anledningen är att vi berör fundamentala insikter om hur alla olika aktörer och intressen kan förhålla sig till sektorns vindlingar och språng. Oavsett om du undrar över din egen professions framtida roll eller ditt företags produkter, din idé om hur en arbetsprocess kan förbättras eller din nya app som underlättar en patients vardag.

Vi står inför ett paradigmskifte som ingen enskild Aktör eller Lösning kan åstadkomma. Var och en måste börja med sig själv för att vi ska kunna skapa förändring tillsammans. En del av innehållet pekar vi ut i boken.

Huvudförfattare och sammanhållande i skrivandet har varit Anna Krohwinkel och Hans Winberg på LHC. Alla forskare och andra medförfattare till våra rapporter och inlagor har bidragit till innehållet, alltså är det en kollektiv LHC-skrift. Tack! Under manuskriptfasen har Lena Hörngren och Britt-Marie Ahrnell lagt ner mycket tid och omsorg på att göra texten mer läsbar. Ni är en viktig del av vårt framåtskridande i översättningen av forskiska till svenska – tack!

Främst av alla vill vi tacka vår partnergrupp. Alla engagerade och dedikerade personer som varit avgörande för LHCs tillkomst och uppväxt! Ni har förutom att generöst dela era kunskaper och insikter bidragit till att skapa en tvärprofessionell och tvärsektoriell mötesplats som är helt unik i sitt slag. Tack!

Och som sagt: det mesta är ännu osagt. Vi måste nämligen forma samtalet tillsammans. Välkommen med på den fortsatta resan!

Stockholm i december 2014

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care



Innehåll

NU MÅSTE VI VIDARE!	7
Då var vi vilse bland motstridiga problembilder och positioner	8
Nu vill vi ha nya tankar, perspektiv och möjligheter att gemensamt gå framåt	9
KRISTALLKLART? EN SNABBSPOLNING TILL DE BÄSTA RÅDEN DIREKT	13
Gör så mycket som möjligt så nära patienten som möjligt	13
Gör så att patienter snabbare får rätt hjälp av rätt resurser	13
Gör så att styrsystemen stödjer patientsituationen	14
10 NYTÄNKANDE TANKAR	15
1. Att vårda är att väga gott mot gott	16
2. Ekonomi är mer än pengar	20
3. Olika kan inte behandlas lika	24
4. Se upp för mellanrummen!	28
5. Mångstyrighet kräver bångstyrighet	32
6. Överstyrning ger underprestation	36
7. Kontroll konserverar	40
8. Förändring kan inte drivas isolerat	44
9. Sunt förnuft är inte trivialt	48
10. Stödsystem istället för störsystem	52
DET FINNS INGEN LÖSNING – MEN OMSTÄNDIGHETERNA KAN HANTERAS	57
Att styra på distans	57
Att leda lokalt	59
LHC:S RAPPORTER	60
LHC:S PARTNERS	62



Nu måste vi vidare!

Vinstdebatt. Kvalitet. Person eller system. Klinisk forskning. New Public Management.

Samtal om framtidens life science- och hälsosektor har länge kretsat kring ämnen som dessa. Samtidigt upplever vi fragmentisering, tröghet, tappade sugar och uppgivna entreprenörer.

När vi startade resan på väg till det som skulle bli stiftelsen Leading Health Care skrev vi: *Samtal om hälso- och sjukvårdens utformning och funktion har blivit alltmer polemiska. En polemik som satt fördelning av resurser i första rummet – vem är bäst lämpad att ta hand om pengarna? Viktigare är att premiera värdeskapande – vem skapar mest värde för pengarna?*

LHC blickar nu tillbaka på de första fem åren med sina drygt 30 rapporter, partnermöten och fokusgrupper, seminarier och årliga Almedalsarrangemang och kan konstatera: Många av utmaningarna kvarstår. Nu måste vi vidare! Uppdraget från morgondagens medborgare och patienter kräver att vi börjar använda alla insikter.

Utmaningarna som väntar är stora och spännande. Det handlar om ökande krav från en växande befolkning. Om patienter som blir alltmer kunniga, uppkopplade och kan göra alltmer själva i sin egen vård. Om nya arbetssätt, behandlingar och läkemedel som behöver utvecklas och spridas. Om digitalisering, urbanisering, globalisering och smart teknik som river gamla gränser, revir och synsätt på vem som gör vad och hur det görs.

Därför utmanar vi oss själva, våra partners och alla andra: Kan vi på allvar ta oss an de samhällsproblem som på samma gång kräver bättre hälsa och bättre kvalitet samtidigt som vi klarar av att hushålla och bäst använda våra gemensamma resurser?

Ja, säger vi. Men det krävs omtag, omtänk och omsorg. Såväl i tanke som i handling.

I tanke, genom att förstå de tankesätt som ligger bakom hur vi uppfattar och tolkar vår verklighet. Och för att med omsorg tänka nya tankar och därmed ge nytt ljus åt välkända problem.

I handling, genom att inspirera till att finna nya möjligheter, lust och energi att utveckla, pröva och framförallt gå vidare.

Den här jubileumsskriften är vårt bidrag i det arbetet.

Då var vi vilse bland motstridiga problembilder och positioner

Sverige har ett av världens bästa sjukvårdssystem. Åtminstone om man får tro namnkunniga amerikanska forskare som intresserat sig för oss. I vår egen debatt lyfts samtidigt olika tillkortakommanden inom den svenska vården fram, inte sällan kopplade förlösande lösningar.

Sektorn anses ostyrbar och kostnaderna anses för höga och skenande. Den tekniska utvecklingen framställs kräva obönhörliga förändringar även hos det som fungerar någorlunda bra idag. Medborgares krav på högre tillgänglighet framhålls samtidigt som många vill värna tanken att vården ska styras av behov snarare än efterfrågan.

Det är lätt att gå vilse bland motstridiga problembilder och positioner.

Så skrev vi 2008 i boken Detta borde vårddebatten handla om.

Debatten om hälso- och sjukvården har under senare år präglats just av flera sådana här motstridiga problembilder, positioner och skiljelinjer. Det är förstås inte enbart vilseledande. Tvärtom är det bra att lyfta fram olika aktörers perspektiv för att skapa spänst och liv i debatten. De behövs bland annat för att ge politiken tydliga profileringsfrågor. För att inspirera industrin att ta fram nya produkter. För att de medicinska professionerna ska kunna värna sina ställningar. För att tydliggöra olika parter identitet.

Ännu en fördel med det renodlade och polariserande i debatten är att det hjälper till att skapa tydliga skillnader mellan dem som är *för* och dem som är *emot*. Och tydliga ställningstaganden är centrala i en tid där kampen om att nå ut genom bruset är intensiv.

Det är ju dessutom enklare för oss människor att ta ställning i enkla frågor och mellan entydiga skiljelinjer än i komplexa. Att svara på frågan om *vård ska vara vinstdrivande eller icke* lockar mer engagemang än att diskutera den betydligt mer komplexa frågan om *hur de ändliga resurserna för hela sektorn på bästa sätt ska användas till att möta vårdbehoven hos hela befolkningen*.

Men en debatt präglad av olika bilder och skiljelinjer har konsekvenser. För det första hamnar systemövergripande och gränsöverskridande frågor i bakgrunden. För det andra låser etablerade skiljelinjer fast våra föreställningar om vad som är möjligt att göra när vi vill förändra och förbättra. När vi utgår från det kända hamnar vi lätt i våra vanliga klassificeringar. På så vis kedjar vi oss vid ett ”förr” snarare än ett ”nu”. Och absolut inte ”sen”. I stället borde vi hitta vägar för att utveckla vården – det må sedan gälla allt ifrån hur hela vårdområden ska beskrivas till frågor om huvudmannaskap, geografisk indelning, organisationsformer, ekonomisk styrning eller olika professioners roller och ansvar.

Och innan vi ens kommit så långt gäller det att välja modell för själva sättet att utveckla. Är lösningen att ta fram fler och bättre policies? Eller att driva verksamhetsutveckling lokalt? Eller lutar det åt större satsningar på innovation?

Nog nu, tänkte vi. Och beslöt att samla forskare från olika områden för att förmedla och dela sina insikter med målet att skapa mer begriplighet och samsyn i större perspektiv. Det blev starten på ett arbete som för fem år sedan resulterade i bildandet av stiftelsen Leading Health Care.

Nu vill vi ha nya tankar, perspektiv och möjligheter att gemensamt gå framåt

För oss har det under dessa år blivit allt tydligare hur den praktiska verksamheten påverkas – och ofta plågas – av alla dessa till synes motstridiga perspektiv och positioner. Och vi har tänkt oss att de mest intressanta frågorna finns i *skärningspunkterna* och *mellanrummen* och det är där som något nytt kan uppstå i nya former och genom nya bryggor.

Bildandet av LHC var en reaktion på att vi utifrån vår samhällsvetenskapliga bas mötte aktörer inom hela hälso- och sjukvården. Alltså politiken, industrin, akademierna (de är flera!) och även patienter och personal. Oftast talade de

om varandra. Och väldigt ofta förbi. Policyskapare och påverkare möttes i några rum. De som var inriktade på verksamhetsledning i andra. Utvecklingsfrågor diskuterades i subspecialiteter eller bland specialister på att utveckla nya produkter och tjänster.

För många av vårdens och omsorgens verksamheter har dessa uppdelningar och indelningar kommit att skapa en situation där motstridiga signaler kommer från många olika håll. Därför har vi de senaste åren arbetat med att kartlägga policy, ledning och innovation och särskilt intressera oss för snittet däremellan. Alltså den punkt där de verkliga förutsättningarna skapas för att bedriva vård och omsorg. Allt för att åstadkomma bästa möjliga hälsa.

Därför har vi också lagt stort fokus och mycket tid på att vara en samlande kraft och på att skapa en plats där olika aktörer kan tala med varandra med fokus på ett gemensamt större perspektiv: att skapa värde för patienter och samhälle.

Glädjande nog uppfattar vi det nu som att det finns mycket energi och stöd för att tala *med* varandra om det gemensamma istället för *mot* varandra om det som särskiljer. Det finns en stor gemensam vilja att gå vidare mot en vård som är *tillgänglig, inklämmande, kommunikativ, nätverkande och patientfokuserad*. Därmed också en vård som är fokuserad på verkliga och jämlika resultat och kapabel till en mer genomtänkt resursanvändning. En vård som förstår att värdeskapande förutsätter en djupare dialog om vad som är värden och alltså kan tala om värderingar.

För att hitta vägen dit tror vi på att börja med de organisatoriska mellanrummen. Alltså det som finns mellan våra etablerade enhets-, huvudmanna- och professionsgränser – det som ingen har eller tar ett formellt ansvar för. Ur det som vi i vardagligt tal ofta kallar det organisatoriska perspektivet kan det verka som inget finns där, men det är en felsyn. Organisationsteoretiskt förstår vi världen inte genom rutorna utan mer genom relationerna mellan dem. Då ser vi tydligt att alltför mycket hamnar i mellanrummen vilket leder till att människor lider – hamnar mellan stolarna, brukar det ju heta – och vården och omsorgen blir ineffektiv.

Vi tror också att det ljus som behövs på vägen är nya tankar. Vi kallar det nytänkande tankar. Det handlar om att utmana och omforma de starka tankefigurer som präglar våra föreställningar om styrning och organisering.

Ytterst vill vi uttrycka det som att det handlar om att människoanpassa våra system, istället för att systemanpassa människorna.

Hur kan då en ny tankelogik för framtiden se ut? Här är några spår:

- *Utforma verksamhet med patientens väg genom vården och omsorgen som grund. Det spelar ingen roll att alla delar är optimerade när människor ramlar mellan stolarna.*
- *Styr inte alltför detaljerat. Att styra på distans är som att leda ett barnkalas per sms.*
- *Utveckla organisering, styrning och ekonomiska incitament så att samarbete över nödvändiga gränser är möjligt. Följ upp på relevant resultat/värde för patienten/brukaren.*
- *Utnyttja positiv organisationsteori som bevisat att förhållningssättet "det beror på" är evidensbaserat. Så gör det lokalt, anpassa efter situation och patient och stärk det lokala ledarskapet.*

Allt är alltså möjligt och allt är bra således? Gör som ni vill? För vi bryr oss inte? För forskningen hade inget svar?

Nej, långt ifrån. Det handlar inte om fritt valt arbete. Eller att alla sätt är lika bra. Styrning och uppföljning behövs, men den behöver utformas annorlunda. För är det något som är visat inom organisationslära är det att det inte finns någon Lösning Som Fungerar Överallt. Värdeskapande är situationsberoende.

I förstone kan detta vara oroande. Att det inte finns någon lösning kan låta som en domedagsprofetia. Fast bakom den misantropiska fernissan ligger något djupt etiskt och filantropiskt. För när man tänker efter noga kanske det är så att det är just detta som gör att vi fortfarande behövs som människor och som gör att vi kan skapa värde tillsammans. Som ledare, medarbetare, samarbetspartners och som de patienter och anhöriga vi alla är eller kommer att bli.

Kristallklart? En snabbspolning till de bästa råden direkt

Gör så mycket som möjligt så nära patienten som möjligt

Vi borde ha en ständig drivkraft mot att göra så mycket som möjligt så nära människors vardag som möjligt. Det som var högspecialiserad vård igår kan idag göras hemma. Fungerande barn i fungerande familjer kan sköta sin diabetes typ 1 i hemmets lugna vrå. Eller på skolan. Med rätt mediciner och självrapportering kan en person med en reumatisk sjukdom fungera och gå till jobbet.

En sådan utgångspunkt ritar om hur vi måste tänka oss vårdens organisering och att vi börjar se den uppkopplade patienten framför oss. Att kunna sköta vård på distans eller i hemmet innebär inte att behovet av kontakter med vårdens företrädare försvinner. Inte heller att alla klarar sig själva. Vi behöver fokusera på att uppmärksamma förändringar i tillstånd och på utsatta gruppers behov.

För att få mer tid för detta krävs att vi är nyfikna på och tar vara på de nya möjligheter som tekniken erbjuder. Och för att använda innovativ teknik krävs att vi förändrar såväl roller och arbetssätt som systemen för att leda och fördela resurser.

Gör så att patienter snabbare får rätt hjälp av rätt resurser

Stelbenta ersättningssystem och professionella revir och låsningar hindrar ofta att vi på ett smidigt sätt kan ta hand om patienter snabbt. Låt de sjuka direkt få möta den yrkesgrupp som bäst tillgodoser deras behov. Genom att arbeta tillsammans i rätt team får vården tid att ta bättre hand om dem som är resurssvaga och som verkligen behöver hjälp hela vägen.

Det innebär team som korsar gränser. Mellan primärvård och omsorg. Mellan primärvård och specialister. Mellan professioner. Även den riktigt högspecialiserade vården är beroende av detta teamtänkande där var och en bidrar med sitt bästa i ett uttalat samarbete kring patientens väl, och inte enligt den gamla *någon-annan-ismen* där var och en gör sitt och struntar i de övriga och i sammanhanget. Fokus bör förflyttas från vem som ska ha vilka resurser till vilka relationer som behövs för att skapa mest värde tillsammans.

Med en mer vidsynt styrning får fler möjlighet att lägga sin tid där den gör bäst nytta. Och patienter hamnar på det ställe i vården där de får bäst behandling och bäst omhändertagande. Stressen minskar för alla och större värden uppstår.

Gör så att styrsystemen stödjer patientsituationen

Idag upplever många i vården att de är överstyrda och inte riktigt hinner med sina "riktiga" jobb. Styrning och uppföljning måste utformas så att den går att använda i det lokala sammanhanget och blir en hjälp i vardagsarbetet kring patienten. Nya kontaktvägar måste skapas när allt större datamängder ska hanteras. Kunskap kommer aldrig att vara samlad i ett hus eller hos en person eller ens i en profession.

Rätt mix av kunskap, kompetens och information måste kunna kopplas till rätt patient, något som idag försvåras av etablerade styrsystem och kulturer som verkar mot uppdelning snarare än samordning och koordinering. Detaljstyrning och revirtänk hindrar många från att vara effektiva och att arbeta nytänkande, vilket föder frustration.

Dessutom missas alltför ofta den kanske viktigaste källan till kunskap: patienterna själva, särskilt de med kroniska och komplexa tillstånd.



10 nytänkande tankar

Det är skönt att titta framåt. Det gäller inte bara modeller och lösningar utan även tankar. Kanske har vi helt enkelt för många gamla tankar som präglar våra föreställningar om hur vård ska styras och utföras? Kanske måste vi helt enkelt börja med att *tänka nytt* för att kunna *göra nytt*?

LHC har samlat det bästa av det vi tänkt under våra fem första år och försökt fånga tio nya tankespår som vi tror kan vara till glädje för framtida ledarskap och styrning.



1. Att vårda är att väga *gott mot gott*

DÅ:

Vi kan räkna ut ett bästa sätt att bedriva vård.
Vi får bäst vård om alla följer planen och prioriteringsordningen.

NU:

Vården kräver kontinuerliga avvägningar mellan olika goda värden.
Avvägningarna måste göras på alla nivåer i systemet.

Hälso- och sjukvården har många krav och förväntningar att leva upp till. De grundläggande finns formulerade i hälso- och sjukvårdslagen som slår fast att målet är både en god hälsa på lika villkor och kostnadseffektivitet.

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

28 § Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Detta är inget som enkelt låter sig förenas utan innebär de facto en slags lagstadgad mål- och värdekonflikt. En konflikt som förstärks av att sjukvården också måste ta hänsyn till andra viktiga värden som rör exempelvis miljö, innovation, jämlikhet, valfrihet och tillgänglighet.

Avvägningen mellan olika värden görs på skilda nivåer. I rikspolitiken genom lagstiftning, statsbidrag och särskilda sats-

ningar. Centralt av myndigheter och verk som gör sina föreskrifter och riktlinjer. I landsting och kommuner av politiker och tjänstemän som formulerar vårdprogram och andra inriktningsdokument. Av verksamhetschefer på sjukhuskliniker, vårdcentraler, boenden som gör sina lokala planer. Styrinstrumenten och dokumenten blir många.

Allt detta måste hanteras av praktikerna i vårdens vardag där viktiga men ibland oförenliga värden och påbud hamnar i konflikt. Vad gäller? Egentligen? Så länge det handlar om ord och principer kan detta vara hanterbart. Men i den konkreta situationen kring behandling av en enskild patient ställs frågan på sin spets och måste hanteras.

Mest dramatiskt och påtagligt blir detta vid beslut om dyra nya läkemedel som kan förlänga livet på en patient. Men även vid ett rutinbeslut som behandling av högt blodtryck finns en mängd bakomliggande regler, riktlinjer och standarder som rutinmässigt eller övervägt styr vården.

I dessa vardagens dilemman går det inte att uppnå allt gott som lagstiftare och andra beslutsfattare tänkt sig utan man

får *väga gott mot gott* för att sammantaget uppnå bästa möjliga. Om dessa dilemman talas det ytterst sällan. I stället försöker varje aktör få grepp om konsekvenserna av valen genom olika modeller för uppföljning. Dessa fokuserar ofta på enskilda aspekter vilket leder till att helhetssynen går förlorad.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare accepterar att det finns värdekonflikter och ger utrymme för levande och fruktbara diskussioner och övervägningar i vardagen. Tänk och uppmuntra *de bästa valen här och nu* snarare än att söka rätt och fel i principernas värld. Hellre ungefär rätt än exakt fel.

LÄSTIPS:

Anders Anell: *Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård.* Uppdrag Välfärd Rapport Nr 3, 2014.

Claes-Fredrik Helgesson: *Civiliserade marknader? Introduktion till ett nytt sätt att förstå och organisera välfärdens marknader.* Uppdrag Välfärd Rapport Nr 6, 2014.

Erika Falkenström: *Vårdchefens etiska dilemman: Strategier för bättre praktik.* Natur & Kultur, 2014.



2. Ekonomi är *mer än pengar*



DÅ:

Ekonomi är pengar. Det gäller att räkna och fördela medlen i den offentliga hälso- och sjukvårdsbudgeten.

NU:

Ekonomi är resurshushållning med alla sorters resurser. Värde skapas genom att olika typer av resurser kombineras på bästa sätt. Pengar är bara ett sätt att beskriva värde.

Såväl värden i sig som debatten om den har under lång tid kommit att färgas av olika begrepp och synsätt kopplade till ekonomi. Begrepp som *effektivitet, kostnad, resultat, ersättning, lönsamhet* och *vinst* ligger i var mans mun varhelst det beskrivs eller bedrivs vård eller debatt.

En kulmen nåddes med journalisten Maciej Zarembas uppmärksammade artikelserie *Patienten och prislappen* där ekonomer och New Public Management (NPM) pekas ut som en av orsakerna till världens problem. Den bekräftade många åsikt att näringslivets ekonomiska modeller är illa anpassade för vården. Andra har mer betonat polemiken och dragkampen om pengar mellan beställare och utförare, landsting och kommuner, olika värdenheter och professioner.

Som ekonomer kan vi tycka att debatten varit relativt grund, men den visar på den viktiga roll som finansiell styrning, mätning och uppföljning spelar när det gäller att definiera och upprätthålla olika skiljelinjer.

Debatten speglar också att merparten av finansiell styrning har utvecklats för att påverka och styra enskilda organisato-

riska enheter. Fokus på tydliga resultat-enheter och väl avgränsade ansvarsområden leder dock till att värdeskapande som sker hos någon annan än den egna enheten blir irrelevant – i finansiellt hänseende. Kanske har du också hört eller sagt något i stil med att *det tjänar ju inte VI något på?*

Likaså leder avgränsningar i tiden, såsom budgetår och projektperioder, till att värdet av investeringar som ger avkastning först på längre sikt osynliggörs. Redan på egen hand hämmar dessa två typer av avgränsningar – i enheter och i tid – utvecklingen av exempelvis samverkan, förebyggande vård och rehabilitering.

Men det värsta är att ett överdrivet fokus på finansiella måttetal och resultat leder till en snäv förståelse av ekonomi som något som enbart kan räknas i kronor och ören. När ekonomi egentligen handlar om att hushålla med och fördela många slags resurser. Förutom pengar exempelvis personal, teknik, lokaler, information och kunskap. För att inte tala om de resurser som patienter och anhöriga själva bidrar med i form av tid, arbetsinsatser och sjukdomsinsikt.

Det är när rätt resurser kombineras som värde skapas. Och då kan tanke nummer 1 kopplas till nummer 2. Ekonomi handlar om hur vi hushåller med våra resurser så att vi i valet mellan olika goda ting får bästa möjliga utfall. Ekonomi kräver alltså moralfilosofiska och etiska överväganden för att betyda något. Enbart kronor och ören räcker inte för att nå denna förståelse. Därför ställer ofta en kunnig ekonom frågan om *vad det är du vill uppnå* med din verksamhet innan det över huvud taget är relevant att dra in pengar i bilden.

Därför har begreppet värde egentligen inget alls med pengar att göra, även om vi i modern tid använder pengar som ett mått på vissa värden. Det är så mycket mer än ett lättmätt medicinskt nyckeltal delat med antal kronor i en viss budget. Till världens knepigheter hör att värden är subjektiva – tolkas av den de uppstår för – och ofta visar sig först på sikt. Kanske rentav på helt andra sätt än någon kunde tänka ut från början. Så man bör ha respekt för att värden är mycket svåra att göra konkreta mål av, mäta och sätta pris på.

HUR GÖR MAN?

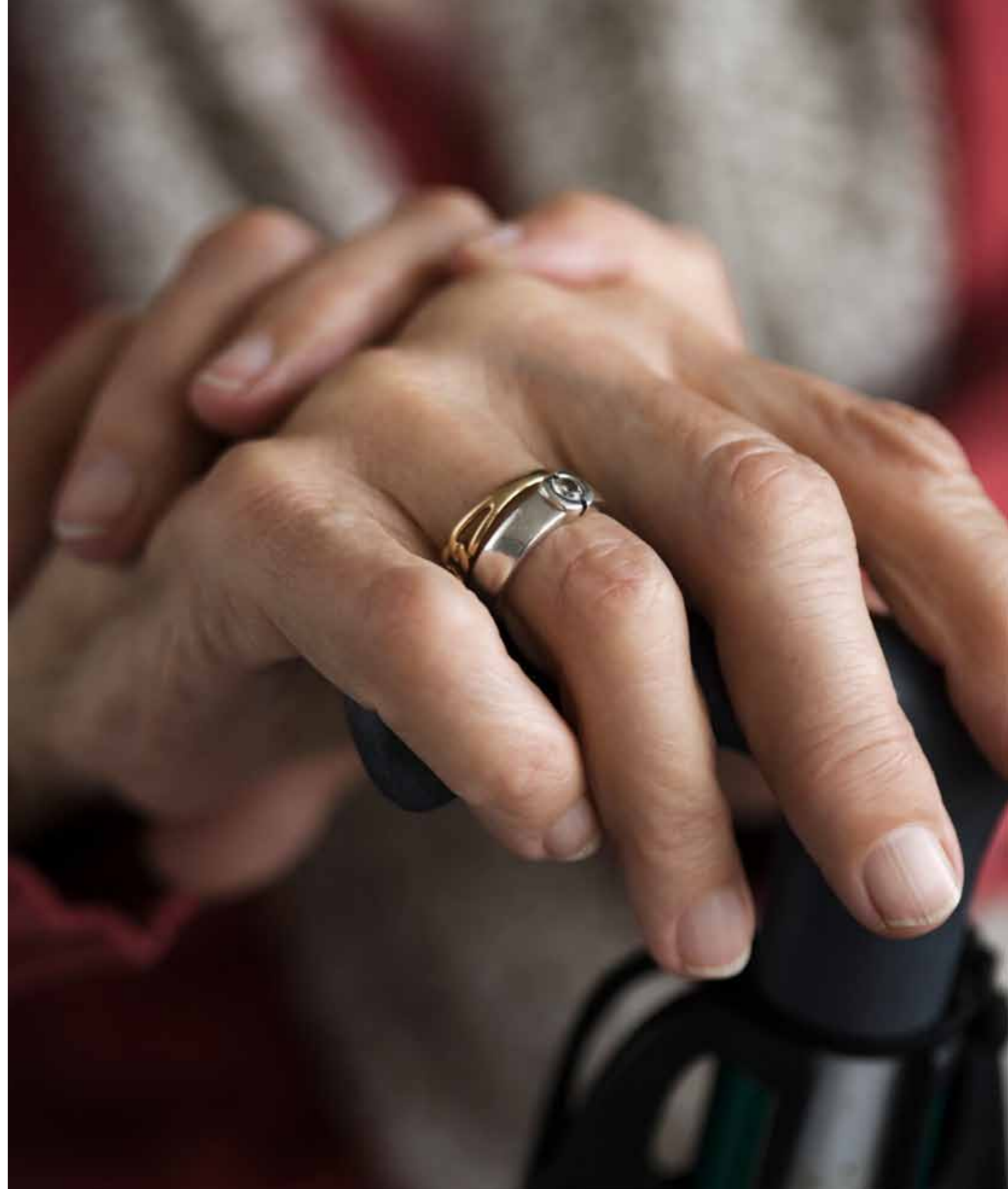
En klok ledare lyfter blicken och diskussionen från egna enhetens pengar till de gemensamma värden som kan skapas av alla inblandade kring patienten. Tänker tanken att människor stimuleras mer av sådana värden än av pengar. Och vågar lita på att om resurser sätts samman på bästa sätt till bästa värde så blir det på det hela taget lättare att hushålla med resurserna. Detta sparar i slutändan pengar.

LÄSTIPS:

Ebba Sjögren, Hans Winberg, Thomas Paulsson & Fredrik Neij: *Hälsa per krona*. LHC Report Nr 1, 2010.

Jenny Björkman, Brijörn Fjæstad och Susanna Alexius: *Alla dessa marknader*. RJ:s årsbok 2014/2015.

Christopher Hood: *The "New Public Management" in the 1980:s: Variations on a theme*. Accounting, Organization and Society vol 20(2-3), pp. 93-109.



3. Olika kan inte *behandlas lika*

DÅ:
Vårdprocesser går att standardisera och det finns universalmetoder för att effektivisera flöden.

NU:
Patienten är inte standardiserad och kommer inte att bli det. Den optimala processen skiljer sig åt för varje patient och vi måste kunna anpassa efter situation och individ för bästa omhändertagande.

Vård- och omsorgssektorn är stor men den bör inte ses som storskalig ur styrningsperspektiv. Det görs alltför ofta och innebär att fokus hamnar på att ta fram generella system och standardiserade, mätbara resultat. Men det generella och standardiserade förmår aldrig fånga det viktigaste: att kvaliteten ligger i mötet mellan profession och patient.

Olika behov kräver olika insatser. En 19-åring som skadat ett knä vid en fotbollsmatch behöver en typ av insats. En dement 90-åring som ramlat i hemmet något helt annat. För 19-åringen och andra med enklare entydiga åkommor räcker det med standardiserade, snabba och effektiva behandlingsinsatser och därefter uppföljning. För 90-åringen och andra med komplexa behov behövs en individanpassad lösning där förutom medicinska åtgärder även behovet av omsorg vägs in.

Vården är i hög grad byggd och anpassad för sjukdomar och besvär som kan hanteras inom en enhet. I dessa fall fungerar vården som regel bra, men det blir problem när behoven är mer komplexa och kräver samverkan. Till exempel för en kroniker där det handlar om

att lindra snarare än bota eller för en patient med flera svåra sjukdomar som behöver vård från olika enheter och specialiteter.

Olika insatser kräver olika styrning. Likaså är dagens styrning i hög grad formad utifrån enkla patienter. Merparten av vården är organiserad efter olika former av specialisering, oftast med kroppens olika organ som utgångspunkt. Sätten att fördela resurser och skapa incitament är främst inriktade på att hitta en sjukdom och behandla den.

Men patienter med komplexa behov behöver en smidigare väg genom vårdens vindlingar och nu pågår olika försök att ta fram styrmodeller för att främja detta. Att aggregera ersättning och betala för det värde som skapas av sammanhållna vårdkedjor kan vara en mycket bra lösning, givet att vårdkedjan är lätt definierbar. Det förutsätter dock data som på ett rimligt sätt fångar det värde som skapas. För komplexa patienter finns sådana data ytterst sällan tillgängliga.

Eftersom förutsättningarna, möjligheterna och målen för olika patienter är olika, så fungerar det inte med helhets-

grepp. En alltför stor grad av standardisering och övergripande styrning i form av generella riktlinjer, ersättningsystem och processer kan vara kontraproduktiv.

Utrymme för ett lokalt professionellt ansvar måste väga tungt, och det gäller alla yrkesgrupper, inte bara läkare.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare ser att det behövs olika mål och metoder beroende på vad som är värdefullt för den patient som skall hjälpas. Läser sig inte till en viss process, program eller riktlinje utan försöker organisera så att det blir möjligt att välja olika vägar i praktiken.

LÄSTIPS:

Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel och Jon Rognes: *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor – En analys av komplexa flöden*. LHC Report Nr 11, 2012.

Niklas Modig och Pär Åhlström: *Detta är lean: Lösningen på effektivitetsparadoxen*. SSE Institute for Research, 2013.



4. Se upp för *mellanrummen!*

DÅ:

Om alla gör ett bra jobb kommer summan av delarna att bli bra.
Låt var och en vara specialist på sin sak så får vi den bästa vården.

NU:

Delarna passar inte automatiskt ihop. Det behövs något som fogar samman delarna för varje patient, och någon som tar hand om helheten.
Relationer och samverkan uppstår inte alltid av sig själv.

Dagens vård och omsorg präglas av en tydlig tendens till uppdelning, i debatten ofta benämnt som stuprör. Det är den ena eller andra huvudmannen, specialiteten eller subspecialiteten, kliniken eller enheten, resultatområdet eller budgeten. Hela tiden med fokus på att dra gränser.

Lägg därtill att formell styrning har utvecklats för att påverka enskilda enheter med tydligt avgränsat juridiskt och ekonomiskt ansvar. Och plussa på med informell styrning i samma riktning. Professionerna värnar om sitt när det gäller kunskap och ansvar och har ofta vaga uppfattningar om vad andra kan bidra med.

Resultatet är enskilda aktörer som alla optimerar efter egna önskemål snarare än med hänsyn tagen till patientens sammanlagda behov.

Konsekvensen för den enskilde blir att ett samordnat agerande försvåras, ofta beskrivet som att någon eller något *hamnar mellan stolarna*. I större perspektiv leder bristen på dialog mellan enheter och kompetenser till att kunskap och fakta som underlag för styrning och led-

ning begränsas. Fokus läggs på delarna, som var för sig kan fungera utmärkt. Problemen finns i mellanrummen.

Ett organisatoriskt mellanrum uppstår när någons ansvar och befogenheter tar slut utan att någon annan tar vid. Där hamnar allt och alla som stuprören inte förmår ta hand om, exempelvis svåra diagnoser, multisjuka eller den som saknar språk för att beskriva sina problem.

Mellanrummen ger också möjligheter. De visar per definition på en brist, på att här saknas något som borde finnas. Ofta hanteras det improviserat, vilket tar tid och kraft som skulle kunna användas till något bättre, till exempel ett strukturerat och värdeskapande lärande. Men det förutsätter att mellanrummen och potentiella möjligheter att samverka kan identifieras.

Mellanrummen är så många att sektorn som helhet måste diskutera och ompröva roller, gränsdragningar och uppgifter. Det behöver inte innebära att man skapar nya yrkesroller eller organisationer för koordinering eller medling eller för den delen sammanslagning av alla berörda organisationer till en jättestor. Att

skapa fungerande, varaktiga relationer mellan olika aktörer kan räcka långt.

För att underlätta relationer och samverkan behöver *styrningen* i högre grad utgå

ifrån att göra gränsöverskridanden möjliga mellan olika organisatoriska enheter.

Ersättningssystem kan till exempel utformas så att det värde som skapas av aktiviteter i samverkan i högre grad synliggörs.

HUR GÖR MAN?

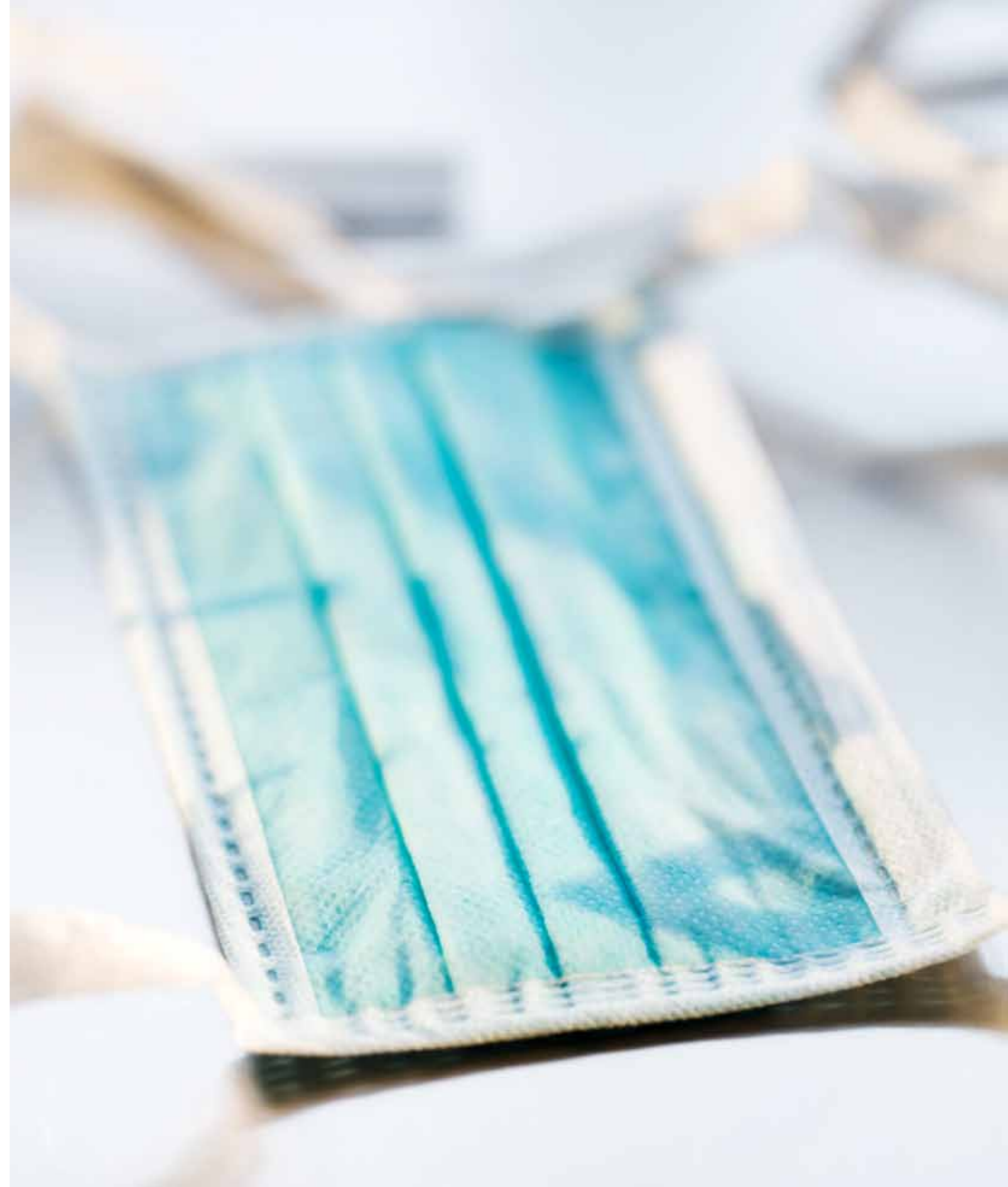
En klok ledare lyfter blicken från en ensidig diskussion om att fördela resurser och verkar för att skapa och underlätta relationer. Lämna formen fri, levande möten är bra, kontakt via teknik likaså. Tänk nätverk och stimulera lokala samarbeten som är relevanta ur ett patientperspektiv.

LÄSTIPS:

Mats Tyrstrup: *I välfärdsproduktionens gränsland – Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Uppdrag Välfärd Rapport Nr 5, 2014.

Karin Fernler, Anna Krohwinkel, Jon Rognes och Hans Winberg: *Ekonomi på tvären: Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. LHC Report Nr 1, 2014.

Göran Ahrne: *Samhället mellan oss: Om vänskap, kärlek, relationer och organisationer*. Liber, 2014.



5. Mångstyrighet kräver *bångstyrighet*



DÅ:

Ju mer och mer detaljerat vi styr, desto större är sannolikheten att våra ambitioner uppfylls och efterlevs.

NU:

En stor mängd styrsignaler kräver att man lokalt söker hitta en balans mellan att följa regler och att vara flexibel. Mer styrning riskerar att alltför krav motverkar varandra.

Alla världens olika intressenter är måna om att just de värden de står för respekteras. Det har resulterat i en uppsjö av styrkrav för att påverka de enskilda verksamheterna. En intern inventering som genomfördes av Landstinget Sörmland visade att det fanns över 70 (!) olika målvariabler bara för primärvården.

Det är vardagens chefer som måste hantera alla dessa krav. De ska visa goda behandlingsresultat, rapportera till kvalitetsregister, följa evidensbaserade riktlinjer och ha höga siffror för patientnöjdhet och brukarinflytande. Dessutom ska de hålla budgeten och uppfylla lagens krav på arbetsmiljö, lönekartläggningar och jämställdhetsplaner.

Med alla krav som ställs följer i sin tur krav på att registrera och rapportera hur allt efterlevs. Sammantaget upplevs detta som en tung arbetsuppgift av dem som är närmast patienterna. Inte minst som rapporteringen sedan bevakas och granskas av media och patientorganisationer. Detta sker som regel förenklat utifrån nyhetsvärdets dramaturgi och utan fördjupning kring omständigheter och målkonflikter. När misstag sker riskerar enskilda medarbetare att personli-

gen utpekas som ansvariga trots att felen många gånger är strukturella.

De många och motsägelsefulla styrsignalerna skapar frustration både hos centrala och lokala beslutsfattare. De centrala aktörerna tycker inte att deras åtgärder leder till att de får bättre kontroll över resultat och resurser. Lokalt upplever man att handlingsutrymmet minskar och att allt mer tid går åt till dokumentation. Inte sällan växer en misstro mellan medicin, politik och administration angående de andras avsikter och attityder.

I frustrationen föds en längtan efter *Lösningen*, den som en gång för alla ska råda bot på problemen och skapa utrymme för den goda vård och omsorg alla vill ha. Många önskar kraftfulla satsningar för att komma åt problem med köer, kvalitet, samverkan och andra dagsaktuella problem. Försök görs under olika namn och med olika angreppssätt. Men oavsett vad det kallas tenderar problemen att kvarstå.

Faran med att fokusera på ett problem i taget och försöka lösa det på ett likartat sätt för hela vården är att verkligheten ser helt annorlunda ut. Ingen enhet är

den andra lik. Inte ens om de tillhör samma vårdområde och har samma uppgift. Kultur, arbetssätt, demografi, socioekonomi och konkurrensförhållanden skapar olika förutsättningar och förhållningssätt. Centralt utformade styrinitiativ kommer därför att få olika genomslag på olika ställen. *Lösningen* är en chimär.

På verksamhetsnivå är det helt omöjligt att i alla lägen uppfylla alla krav. Och det kanske är lika bra – för alla modeller

kanske inte passar för alla verksamheter. De som utför vården måste sortera bland styrsignalerna och omtolka dem till konkreta och meningsfulla aktiviteter i den egna verksamheten. Det måste då finnas utrymme och acceptans för lokala överväganden och professionella bedömningar. För att *mångstyriheten* ska fungera måste finnas utrymme för en positiv *bångstyrihet med goda avsikter*, det vill säga för att utöva ett situationsanpassat ledarskap och agerande.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare slutar längta efter en *Lösning* (koncept, modell, tro) som löser upp dilemmat med de många och ofta motstridiga styrsignalerna. Uppmuntrar och accepterar istället lokala och professionella överväganden och bedömningar av vad som är lämpligt att rikta sig efter i varje situation.

LÄSTIPS:

Karin Fernler. *Perspektiv på implementering – Vad är "god" implementering och kan det stödjas?* LHC Report Nr 8, 2012.

Jon Rognes och Anna Krohwinkel (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – Förutsättningar och utmaningar.* LHC Report Nr 2, 2012.

Rolf Lind och Göran Arvidsson (red.). *Ledning av företag och förvaltningar: Förutsättningar, former, förnyelse.* SNS Förlag, 1998.

Michael Power: *The Audit Society: Rituals of Verification.* Oxford University Press, 1999.



6. Överstyrning ger *underprestation*



DÅ:

Detaljerad mätning och uppföljning är nyckeln till bättre kvalitet. Ekonomisk styrning kopplad till prestationsmått kan förstärka de goda effekterna.

NU:

Styrning genom mätning skapar administration och stjälar tid från uppdraget. Fokus på detaljer skapar snedvridningar i verksamheterna. Detaljerade uppföljningssystem bör inte ligga till grund för ekonomisk styrning.

När man försöker styra blir det sällan som man tänkt, något som de styrande försöker lösa genom att öka på styrningen, se tanke 5. Ett överskott av styrimpulser leder ofta till målkonflikter, uppgivenhet och lokala motståndsfickor. Ibland leder det till en tro att lösningen då är att mäta och följa upp ännu fler parametrar så att man verkligen "får koll på läget".

Att ta fram och följa upp medicinska, ekonomiska och mer kvalitativa indikatorer kan självklart ha ett värde både för dem som ska styra och för dem som ska utföra. Att mäta kan stimulera lärande och utveckla kvalitet genom att det blir tydligt hur egna prestationer förhåller sig till andra och hur resultaten förändras över tid. Men mätningar kan också skapa problem och vara direkt kontraproduktiva.

Att mäta, registrera och rapportera tar tid. Tid som måste tas någonstans ifrån. Såväl läkare som andra yrkesgrupper vittnar om hur patientbesöken förändrats. För att tillgodose alla krav på att dokumentera styrs de av standardiserade protokoll snarare än av den enskilda patientens situation. Ett annat problem är att data som samlas för att göra jämförelser på central nivå inte självklart går

att använda lokalt för att förbättra verksamheten.

En grundtanke med mål- och resultatstyrning (*vad* ska åstadkommas) är att mätningarna ska tala för sig själva, så att vägen (*hur* man vill göra) för att nå ett visst mål lämnas fritt dem som ska utföra jobbet. I realiteten sker dock uppföljning i vården mer sällan utifrån övergripande mål, då dessa ofta är både svåra att definiera och mäta. Istället mäter man utifrån ett antal relativt snäva indikatorer på prestation, *hur-nivå*, vilket riskerar att snedvrider verksamheten.

En stor risk med enkla mätbara mått är att man lokalt börjar ägna sig åt *conformance* snarare än *performance*. Tid och energi läggs på att nå måttet snarare än på att åstadkomma en verkligt kvalitativt god verksamhet. Det viktiga blir att *göra rätt*, det vill säga följa regelverket och rapporteringskraven, snarare än *göra det rätta*, det som tillför värde för patienten och höjer kvaliteten på verksamheten.

När ersättning kopplas direkt till prestationsmått ökar risken mångfaldigt för att man börjar ägna sig åt bokstavlig följsamhet. Man kan säga att *man får det man*

betalar för, oavsett om det ger värde eller inte. Ett flagrant exempel kan vara när en verksamhet skenbart kortar väntetiden genom att lägga in ett betydelselöst extra besök innan den verkliga vårdplanen startas. Mer svårbedömd är faran att den som får betalt för att registrera i ett visst kvalitetsregister lägger annat kvalitetsarbete åt sidan. Både i Sverige och i andra länder finns exempel på aktörer som uppfyllt de högsta kraven i kvalitetscertifieringar och rankingar, men där patienterna fått en vård som varit under all kritik.

När en dimension mäts, följs upp och ligger till grund för belöning och bestraffning kommer den som är föremål för det hela att anpassa sig. Det gäller individer såväl som verksamheter och är grunden i all beteendevetenskap kring lärande och utveckling. Så kan alltså den mål- och resultatstyrning som i teorin skulle leda till ökat lokalt utrymme, värdeskapande anpassning och innovation alltså leda till raka motsatsen. Rädslan att göra fel över-skuggar möjligheten att göra rätt.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare sorterar med omdöme och varsamhet bland alla krav på mätning. Vad är enligt lag och tvingande? Vad är relevant och främjar eget utvecklingsarbete? Hur relaterar framställningen av verksamheten till det vi verkligen gör och vill göra?

LÄSTIPS:

Karin Fernler, Anna Krohwinkel och Per Gunnar Holmgren: *Ledande frågor – 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård*. LHC Report Nr 1, 2013.

Riksrevisionen: *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – Frivilligt att delta men svårt att tacka nej*. RiR 2014:20.

Björn Rombach: *Det går inte att styra med mål! En bok om varför den offentliga sektorns organisationer inte kan målstyras*. Studentlitteratur, 1991.





7. Kontroll *konserverar*

DÅ:
Förändring kan ske genom direktiv, riktlinjer och planer.
Därefter sker spridningen av goda lösningar.

NU:
För att idéer och innovationer ska kunna spridas måste de kunna tas emot – införlivas och användas – i verksamheten. Alltför mycket styrning i detalj där processer och metoder redan är låsta begränsar den förmågan.

Mycket tid och resurser läggs på att främja innovationer inom hälso- och sjukvården. Betydligt mindre kraft läggs på att förbättra mottagligheten för nya arbetsätt och metoder. Hindren är många och ibland höga och beror bland annat på att de ekonomiska styrsystemen inte främjar innovation. Även om den medicinska nyttan av en innovation är oomtvistad kan vårdgivarna tveka eftersom man inte vet något om de ekonomiska effekterna av de nya metoderna. *"Hur ska vi alls veta att det lönar sig?"*

Sedan följer resultatet av det nya inte alltid organisationsgränser eller budgetkonton. Kostnader och vinster kan hamna på olika enheter, till exempel om nya arbetsätt på sjukhuset leder till minskade kostnader för äldrevården eller tvärtom. Med dagens system uppmuntras varje enhet främst klara sitt eget uppdrag och hålla sin budget. Möjligen göra mer av samma och därmed öka volymen. Incitamenten för innovation över verksamhetsgränser är därför svaga. *"Det är inte vårt ansvar. Vem ska ta kostnaden? Vem får intäkten?"*

Innovation hämmas även av lagar, regler och riktlinjer. Hälso- och sjukvårdslagen

slår visserligen fast att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas systematiskt och fortlöpande. Men det väger lätt i vardagen när så många andra föreskrifter verkar i motsatt riktning. Och regler och riktlinjer som gäller *nu* baseras ju alltid på *gammal* kunskap, så här rymmer lagen ännu en paradox; att idka följsamhet till regler samtidigt med systematisk utveckling. *"Kan vi ens göra det? Är det tillåtet?"*

Sist men inte minst, satsningar på att ta fram innovationer görs ofta i form av organisatoriskt avgränsade projekt. Det innebär att förnyelse- och utvecklingsarbetet sker separat från ordinarie verksamhet. Detta är ett grundläggande strukturproblem som försvårar såväl långsiktig finansiering som implementering och spridning. *"Det är bara ännu ett projekt som snart tar slut"* (se vidare tanke 8).

Om vården ska bli så innovativ som alla önskar måste den utformas för att främja nya och gränsöverskridande lösningar. En utmaning är att hitta ersättnings- och organiseringsmodeller där kostnader och vinster kan omfördelas mellan olika enheter. En annan att omfördela kostnader och vinster över tid.

Det behövs också luft och plats för syre som medger att paradoxen att samtidigt följa planer och regler och att utveckla kan överbryggas, så att innovation kan tränga in och igenom. Om styrningen blir för detaljerad finns inget utrymme för personalens kreativitet att prova nya arbetssätt och på så vis bidra till vardagsinnovation i det egna arbetet.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare söker överbrygga stela styrsystem och hitta modeller som främjar innovation över gränser i tid och rum. Främjar mottagligheten för nyheter genom att skapa utrymme för personalens kreativitet och förmåga att bidra till ständig förbättring och utveckling i vardagen.

LÄSTIPS:

Jon Rognes, Anna Krohwinkel, Mattias Axelson, Hans Winberg och Karin Fernler: *Innovation i hälso- och sjukvården: Mottaglighet – den sista biten i pusslet*. LHC på uppdrag av Vinnova.

Anna Brattström: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling*. LHC Report Nr 4, 2012.

Mattias Axelson: *Växla upp innovationskraften: Skapa nya värden genom partnerskap*. Ekerlids förlag, 2014.





8. Förändring kan inte *drivas isolerat*

DÅ:

Nya arbetssätt bör testas i projekt och pilotstudier. Väl avgränsade försök ger bra kontroll över processen, god uppföljbarhet och tydligt mätbara resultat.

NU:

Att isolera en förändring och mäta utfallet av den gör att man förbiser att det måste till en successiv anpassning mellan försök och omgivning för att förändringen ska få fäste. Mål och medel förändras med nödvändighet under resans gång.

Styr- och uppföljningsmodeller är inte världens enda problem. Även metoderna för implementering har brister i form av förenklingar och avgränsningar.

Ofta används någon form av projekttänkande som utgår från att utvecklingsarbete är ett linjärt enkelriktat förlopp. Saker och ting sker i en viss tidsbestämd ordning; från idéarbete och planering via olika stadier av genomförande fram till avslut och utvärdering. Enkelt och överblickbart. Lätt att beskriva och lätt att utvärdera.

Genom att isolera ett förändringsprojekt från omgivningen och genomföra det vid sidan av den ordinarie verksamheten kommer man i idealläget att ha kontroll på alla kringliggande faktorer och kunna uppskatta vilka effekter som nås. Modellen liknar vetenskapens sätt att göra väl avgränsade försök som kan upprepas av andra under exakt likadana förutsättningar. Det faktum att all tillgänglig forskning entydigt pekar på att varje interventions utfall beror av det sammanhang i vilken den genomförs betraktas som störande.

Projektformen är populär oavsett om det gäller att genomföra en nationell policy

eller driva innovation lokalt. Fokus ligger på att uppfylla målen enligt plan. Går det inte som man tänkt sig förklaras det med brister i själva planen eller hos projektansvarig. Eller också sägs det bero på förändringsobenägenhet hos dem som ska göra jobbet. Förklaringar som bortser från att projektet påverkas av annat som ligger utanför planen.

Men i en vardag fylld av fylld av oförutsägbara människor och situationer kommer det att visa sig att verkligheten inte rättat in sig efter de förutsättningar som planen formulerades efter. Den misslyckade implementeringen är därmed redan inbyggd i projektets design och de förändringar som har åstadkommit under projekttiden kommer ha svårt att få fäste och spridas vidare.

Problemet liknar det som uppstår när man försöker dra generella slutsatser från studier som har utformats för att ringa in en specifik intervention och kontrollera dess effekt. Väl i verklighetens vardag skiljer sig förutsättningarna från dem som rådde under det avgränsade experimentet. Det till synes vetenskapliga sättet att ta fram rekommendationer leder i sig

själv till att dessa kan få begränsad relevans när interagerande omvärldsfaktorer ”kommer i vägen”.

Om man redan från början gör en analys av hur förändringsprojekt påverkar och påverkas av sin omgivning och av den befintliga styrningen finns större chans till

långsiktig framgång. En grundläggande ambition bör vara att projekt ska utformas så att de har *möjlighet att införlivas* i den ordinarie verksamheten. Det kräver flexibla mål och planer samt interaktion med omvärlden för att förankra förändringen där.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare tänker tidigt på hur det nya ska införlivas i bemärkelsen tas emot, omsättas och användas i en mångfacetterad verklighet. Funderar brett på vilka konsekvenser förändringen kan få och vad i omgivningen som kan hindra eller underlätta att utvecklingen blir varaktig.

LÄSTIPS:

Framgångsrika projekt? Förutsättningar och strategier för genomförande av designledd innovation i Stockholms stad. LHC på uppdrag av Stockholms Stad.

Chris Ham: *Reforming the NHS from within. Beyond hierarchy, inspection and markets.* The King's Fund, 2014.



9.

Sunt förnuft är *inte trivialt*



DÅ:

Vi måste evidensbasera våra arbetssätt. Kunskapsstyrning är detsamma som riktlinjer och vårdprogram.

NU:

Tyst kunskap och beprövad erfarenhet är en viktig del av en god vård och omsorg. Denna kan inte alltid systematiseras och fångas i formella regler.

Att göra avvägningar och agera situationsanpassat kräver ett sunt förnuft som är allt annat än trivialt. Talesättet ”*det är ju bara sunt förnuft*” med sitt fokus på *bara* är grovt missledande för hur vi tänker. Tvärtom kräver sunt förnuft för det mesta en avsevärd kunskap och erfarenhet i kombination med kompetens, verktyg och stöd.

För att sunt förnuft ska få råda krävs, som vi tidigare nämnt, att styrande aktörer lämnar viss frihet i utförandet och premierar förmågan till flexibilitet hos de lokalt ansvariga. Att den administrativa bördan minskas för de professionella är också en helt nödvändig fråga att gå vidare i. En annan är den om synen på kunskap och på vad som är relevanta underlag i en vardaglig beslutssituation.

Under senare decennier har mycket tid lagts på att systematisera kunskap i form av evidensbaserade riktlinjer, vårdprogram och rekommendationer. Allt i den bästa vilja att öka kvaliteten och gå mot en mer jämlik vård.

Men kvalitet ligger inte i evidensbaserade metoder, utan i hur dessa metoder omsetts i varje enskild situation. Inte heller

ligger kvaliteten i manualer och regelverk utan i hur dessa fungerar som stöd för en omdömesgill bedömning. Professionellt omdöme och förmågan att på ett klokt sätt se till hela situationen är en central beståndsdel för kvalitet.

I kvalitet ligger dessutom ett stort mått av sunt förnuft och det som kallas ”tyst kunskap”, det vill säga människans förmåga att på ett mer omedvetet plan lagra tidigare erfarenhet, sortera denna och dra nya slutsatser som är relevanta i rådande läge. Denna kunskap går inte att systematisera och formalisera.

Därför behöver vi system som premierar personal som på ett klokt sätt tar till sig vetenskapliga resultat och stödjer sig mot rutiner och manualer – men inte tror att detta på ett automatiskt sätt genererar god vård och omsorg och därmed slutar tänka. Därför behövs tid och resurser till utbildning, reflektion och eftertanke. Kort sagt möjligheter till en ständig verksamhetsutveckling.

Vi tror på kraften i verkliga lokala nätverk runt patienten istället för fiktiva där folk på samma nivå och samma funktion träffas. Vi tror på att ta fram kunskap på

nya ledder, inte enbart i specialiserade nischer, utan tillsammans med andra utanför det egna området. Därför behövs även samverkanskompetens och tid och lust att dela sina erfarenheter med andra utanför den egna professionen eller det egna intresseområdet.

Sist men inte minst behöver forskning som bedrivs utifrån *olika* typer av specialiserade metoder omvandlas till begripliga och relevanta resultat som går att använda och sprida på ett vettigt sätt.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare ser vårdprogram och riktlinjer enbart som stöd och skapar resurser och tid för praktiskt orienterade nätverk och samverkan, utbildning och reflektion. Inser att professionellt omdöme inte kan regleras fram utan måste odlas kontinuerligt.

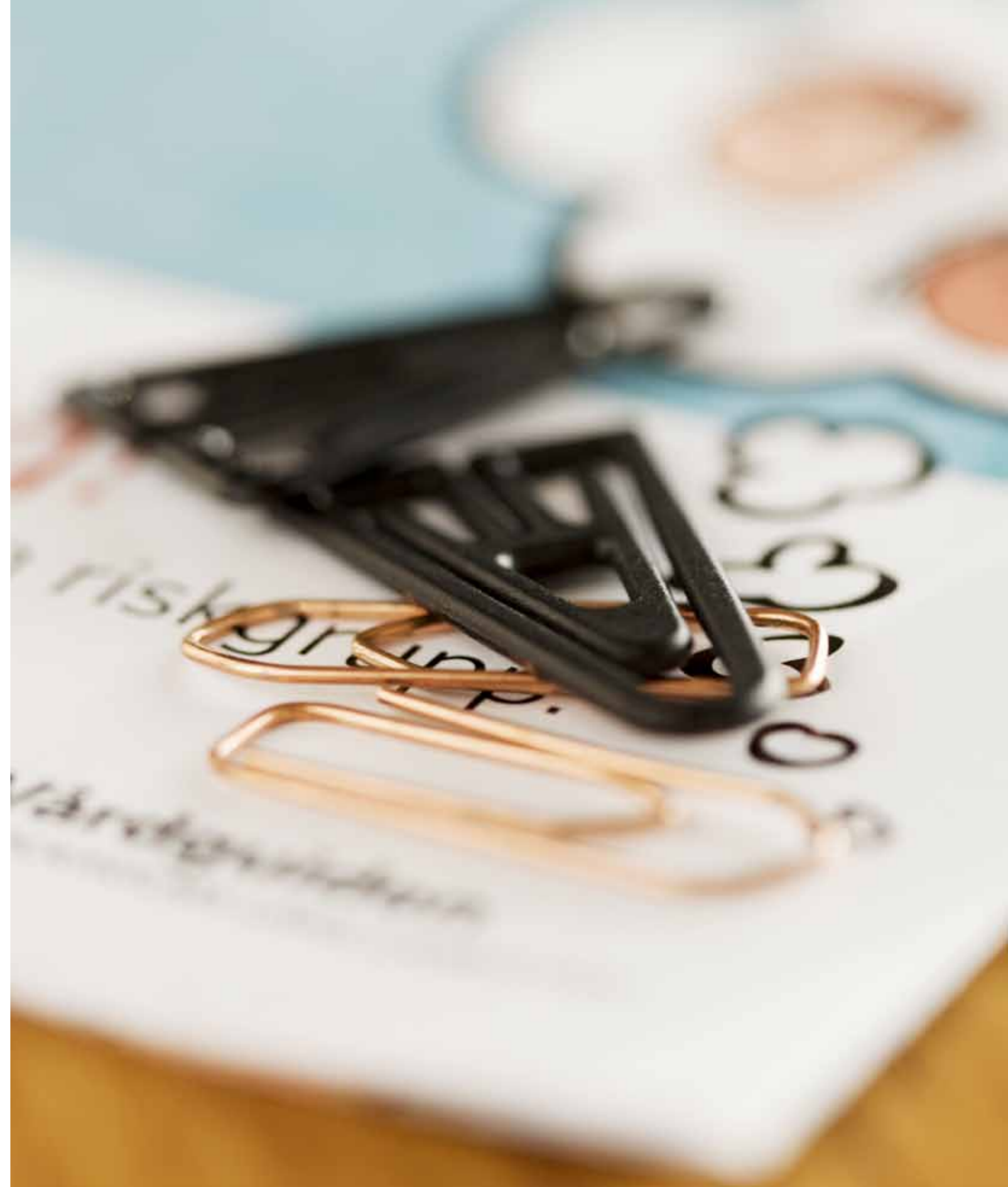
LÄSTIPS:

Mats Tyrstrup: *Styrning med förhinder: Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor*. LHC Report Nr 6, 2012.

Lotta Victor Tillberg: *Kvalitetsjakten: Om professionalitet i välfärden*. Premiss förlag, 2014.

Ingmar Bohlin och Mårten Sager (red.): *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*. Arkiv förlag, 2011.

Polanyi, Michael: *The Tacit Dimension*, University of Chicago Press, 1966.



10. Stödsystem *istället för störsystem*



DÅ:

Styrning är till för att ledningen skall få kontroll och se hur det har gåttt.

NU:

Styrning är ett verktyg för att man på verksamhetsnivå ska kunna göra ett bättre jobb. Det kräver system som är till stöd i det dagliga arbetet och som ger snabb och lokal återkoppling.

Så här långt kommet kan det vara dags att göra det stora och abstrakta begreppet styrning tydligare. Nu ringar vi in det med tanken att *en extern aktör vill påverka en lokal verksamhet*. Det må sedan vara på hög central nivå som exempelvis departement gentemot landsting, eller på mer lokal nivå som sjukhusets stab gentemot kliniken.

Låt oss också dela begreppet i tre delar; ambition, uppföljning och incitament.

I den *ambition* man sätter upp ligger *det man vill* – en önskad framtid – som på något sätt ska formuleras och beskrivas i förväg. I *uppföljning* ligger att se *vad som blev av det* – att mäta och jämföra – i efterhand. I *incitament* ligger att *höja motivationen* – att belöna och bestraffa – för att öka intresse och tempo i att gå från ord till handling.

Allt detta kan göras mer eller mindre detaljerat. På senare år är det många som vittnar om att såväl volymen av skilda styr-signaler som detaljeringsgraden i dem har ökat. Resultatet är många och ofta motstridiga signaler som skapar trötthet och dilemman i vardagen, en ökad börda av rapportering och dokumentation som stjäl tid från annat och en ökad risk för snedvrid-

ningar i arbetet där det blir viktigare att rapportera rätt än att göra det rätta.

Samtidigt som de externa aktörerna på alla nivåer ökat ambitionerna i sin styrning växer kraven på anpassning efter den enskilde patienten i den enskilde situationen. Jämlig vård kräver i viss mån ojämlik behandling – samma vårdprogram för alla ger ojämlikheter i utfallet. Två starka krafter drar, som det kan tyckas, åt olika håll. *Mer centralisering! Mer decentralisering!*

Lägg därtill ett ökat fokus på värde över tid för denna patient, något som ställer stora krav på ökad samverkan och samordning såväl mellan professioner som mellan vårdens aktörer. Men kvar finns en snäv ekonomisk uppföljning som premierar den som främst ser till sin egen enhet och håller sin egen budget. Två starka krafter drar, som det kan tyckas, åt olika håll. *Mer fokus på eget kortsiktigt eget resultat! Mer fokus på gemensamt skapat långsiktigt värde!*

I denna värld av många krafter krävs, som vi sagt tidigare, kloka och omdömesgilla avvägningar på alla nivåer. Det gäller inte minst vilka styr- och ledningsmodeller man ska välja. Annars riskerar det att uppfattas som *störsystem* snarare än *stödsystem* och får

svårt att accepteras av medarbetarna.

System som samlar data som beslutsstöd är ett särskilt kapitel. Här ligger vårdens IT-system i botten enligt en jämförelse mellan olika branscher. Inte nog med att FoU har svårt att få tillgång till heltäckande data på ett bra sätt, även lokalt är det svårt att få tillgång till data som är relevanta och aktuella. Att data samlas in på osmarta och gammaldags sätt samtidigt som de känns oanvändbara minskar inte frustrationen.

Vi menar att bra modeller hjälper verksamheterna att förstå och utveckla sin verksamhet genom att stödja deras egen förmåga till goda avvägningar. Kortare uttryckt; att politik och administration ser som sin uppgift att ge personalen stöd för att göra ett bra jobb. Detta är en grund för att kunna utkräva ansvar för resultatet.

En sådan flexibel styrning förutsätter en

viss riskvillighet från den styrandes sida. Man måste vara beredd att släppa ifrån sig detaljkontroll och planeringsiver och lämna utrymme för personalen att, utifrån sitt professionella omdöme och gärna med stöd av vetenskapliga resultat, rutiner och manualer, utforma sitt arbete. Och att – om inte belöna – i varje fall inte hindra samverkan över gränser i försöken att skapa mer sammanhållna vårdkedjor.

Forskning har visat att det är klokt att inte koppla styrningens *ambition*, *uppföljning* och *incitament* alltför hårt till varandra. Först då skapas den flexibilitet som krävs för att hitta och skapa de lokala och individanpassade lösningar som framtiden kräver när vården ska bli mer patientcenterad och mer inriktad på att skapa gemensamt värde över tid.

HUR GÖR MAN?

En klok ledare besinnar sig och hanterar med omdöme sitt förhållningssätt och sin insats, så att inte planeringsiver och detaljkontroll leder till något som andra uppfattar som mer störande än stödjande. Ser sig som en del i ett större system och anpassar styrambitionerna till detta.

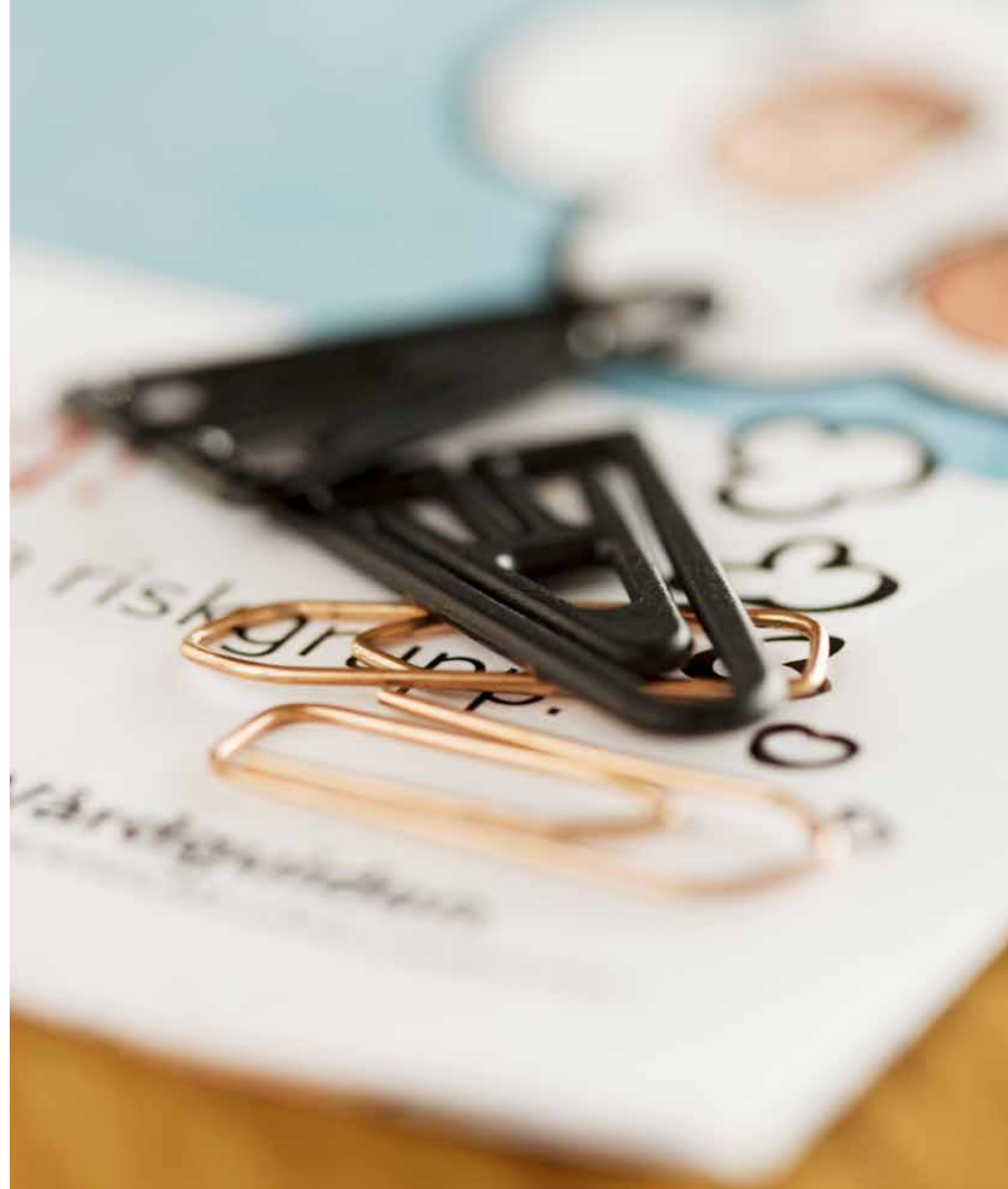
LÄSTIPS:

Uppdrag Välfärd! Sex dilemman för att styra, organisera, leda och utvärdera välfärdens tjänster. Uppdrag Välfärds slutrapport (kommande).

Anders Ekholm och Drasko Markovic: När vården blir IT: En underlagsrapport till eHälsokommittén. Institutet för framtidsstudier, 2014.

Karin Fernler och Claes-Fredrik Helgesson (red.) Kloka regler? Kunskap i regelsamhället. Studentlitteratur, 2006.

Maria Blomgren och Kerstin Sahlin-Andersson: Ledning på distans: Att skapa kunskap för politisk styrning av sjukvård. Landstingsförbundet, 2004.





Det finns ingen Lösning – men omständigheterna kan hanteras

Vår skrift börjar gå mot sitt slut och vi som skrivit hoppas att vi kunnat ge nya perspektiv även på dina tankar. Vi vill avsluta med att vrida på en tankefigur som ofta grumlar syn och insikt för oss alla på ett mer filosofiskt plan. Den lyder så här: *Problem är till för att lösas.*

Som om det fanns en lösning till varje problem. Som om stora problem krävde en mer intensiv jakt på den stora Lösningen. Den som likt den goda fens såpbubbla gör att allt ont och besvärligt löser upp sig. Har du läst ändå hit tror vi du förstått att vi varken tror på féer eller såpbubblor längre.

Därför vill vi avslutningsvis bjuda på ännu ett nytt sätt att tänka: *Tillvaron är fylld av omständigheter som ska hanteras.* Det är liksom det livet går ut på. Kanske var det rentav det Tomas Tranströmer tänkte när han skrev att *”den som är framme har en lång väg att gå”*?

Med det vill vi avrunda med ytterligare några goda råd till dig som ska styra på distans eller leda lokalt.

Att styra på distans

Kanske finns du på ett departement, en myndighet, ett nationellt organ eller hos en huvudman för någon slags vård och omsorg och ska försöka styra på distans? Kanske arbetar du med regelverk och tillstånd på en myndighet? Kanske försöker du påverka vårdpraktiken utifrån ett branschorgan, ett professionsförbund eller en patientorganisation? Uppgiften är svår. *Att styra på distans är som att leda ett barnkalas via sms*, brukar vi säga. Halvt på skämt, halvt på allvar.

Ett alternativ är förstås att försöka kartlägga alla slags styrimpulser och omständigheter och sedan försöka räkna ut hur ens eget initiativ då i detalj ska påverka varje situation och därmed parera den bångstyriga verkligheten. En uppgift som inte kan beskrivas som annat än svår, enligt contingency-teorin faktiskt hart när omöjlig. Likt barnkalaset.

Om vi accepterar den komplexa och föränderliga verkligheten handlar det istället om att hantera omständigheter med omdöme och eftertanke. Samtidigt som vi frimodigt funderar över hur framtidens styrning ska se ut. Man skulle kunna tänka sig en tillsyn som har ett mycket bredare uppdrag än dagens fokus på efterlevnad till specifika regelverk och utredning av enskilda incidenter. En tillsyn grundad i praktikens situation och som inte enbart granskar följsamhet utan också vidsynt granskar hur väl situationsanpassade övervägande och balanseringar utförs. Vänder vi perspektivet och ser på hur vi utvecklar vården genom att ta till oss innovationer, innebär det att hänsyn måste tas till verkliga data och patientutfall. Då kan vi snabbare ta till oss bättre metoder och produkter. Här är några avslutande råd på vägen framåt:

- *Tänk på att alla diskussioner om värde kräver diskussion om värderingar.*
- *Ställ frågan: är vi rätt nivå? Eller kan detta lösas närmare verksamheten, mer lokalt eller centralt?*
- *Ställ frågan; är det redan hanterat? Kanske redan reglerat i lagar, regler, riktlinjer?*
- *Ställ frågan: vad är vår roll? Ska vi vara proaktiva, reaktiva, breda, smala, granskande, stödjande?*
- *Kom ihåg tanken om att inte koppla ambition, uppföljning och incitament för hårt till varandra.*
- *Se upp för styrsignaler som direkt motverkar varandra.*
- *Välj ut och fokusera ett begränsat antal frågor. Fullt fokus 360 grader är omöjligt!*
- *Forma förändringsprojekt så att deras chanser att påverka och överleva i vardagen ökar.*
- *Se upp för detaljstyrning som riskerar att bli snedvridande. Att skrika högre för att nå igenom bruset funkar sällan bra.*
- ***Använd inte allt du läst i denna skrift som en ursäkt för att få vara ifred och slippa förändra.***

Att leda lokalt

Kanske finns du i vardagen som ledare för en verksamhet på ett sjukhus, i primärvården, inom omsorgen eller inom någon annan enhet? Kanske är du vårdprofessionell med ansvar för ett lokalt förändringsprojekt? Kanske är du produktchef för operationsutrustning eller market access-chef för nya cancermediciner? Till din tröst vill vi säga att ingen i dagens inferno av styrsignaler kan förvänta sig, begära eller ens önska att din lokala verksamhet i alla lägen ska vara följsam till alla krav. Att hålla fast vid den illusionen är inte konstruktivt. Mycket vore vunnet, både för hälso- och sjukvårdens utveckling och för verksamhetschefers vardag om man istället tänkte lite bredare och mer praktiktäna kring hur man lokalt ska förhålla sig till volymen av alla styrsignaler. Här är några avslutande råd på vägen framåt:

- *Sortera bland styrsignalerna. Vad är lag, tvingade, rimligt, önskvärt, mest utvecklande för din verksamhet?*
- *Kan vi förena och därmed förenkla olika signaler så att de hänger samman och blir mer begripliga?*
- *Fokusera på det som – rimligt snabbt - kan omsättas i praktiken och ger resultat i den ordinarie verksamheten för att motverka ”projekttrötthet”.*
- *Gör ett lokalt översättningsarbete där ni tolkar och tillskriver signaler, begrepp och termer en relevant egen innebörd för att motverka ”floskeltrötthet”.*
- *Gör hellre ungefär rätt än exakt fel. Förstärk det som är bra istället för att jaga syndabockar.*
- *Om du inte kan påverka innehållet i styrningen; gör situationen hanterbar för medarbetarna. Utan att det för den skull blir fritt valt arbete.*
- ***Använd inte allt du läst i denna skrift som en ursäkt för att få vara ifred och slippa förändra.***

LHC:s rapporter

LHC är en akademisk tankesmedja som på forskningens grund pekar på fundamentala frågor och utmanar och utvecklar modeller för styrning, ledning och organisering av vård och omsorg. Våra rapporter finns gratis på nätet och kan även beställas i tryckt version (vi fakturerar för portot). Det går bra att boka in en tid för att hämta trycksaker på vårt kansli, kostnadsfritt.

För att beställa en tryckt bok eller rapport, kontakta oss på telefon 08-586 175 00 eller skicka ett mail till: info@leadinghealthcare.se



Nätverkssjukvård i praktiken
- Projektet ExDin
LHC Report Nr 2, 2014
Författare: Mattias Axelsson, Anna Krohwinkel och Jon Rognes



Uppdrag: Valfärd!
Vilken ojämlikhet är mest rättvis?
Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård
Rapport 3, 2014
Författare: Anders Anell



Uppdrag: Valfärd!
Sociala innovationer i välfärden -
Förutsättningar för ett e-hälsokonto
Rapport 7, 2014
Författare: Vivian Vimarlund



Ekonomi på tvären -
Ersättningsmodeller för samverkan -
en vägledning
LHC Report Nr 1, 2014
Författare: Karin Fernler, Anna Krohwinkel, Jon Rognes & Hans Winberg



Uppdrag: Valfärd!
Civiliserade marknader? -
Introduktion till ett nytt sätt att förstå och organisera välfärdens marknader
Rapport 6, 2014
Författare: Claes-Fredrik Helgesson



Ledande frågor -
13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård
Författare: Karin Fernler, Anna Krohwinkel & Per Gunnar Holmgren



Uppdrag: Valfärd!
I välfärdproduktionens gränsländ -
Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg
Rapport 5, 2014
Författare: Mats Tyrstrup



Uppdrag: Valfärd!
Skolmarknaden -
Nya vägar framåt
Rapport 2, 2013
Författare: Fredrik Bergström & Emanuel Welander



Uppdrag: Valfärd!
Varför upphandlar inte offentlig sektor fler innovationer?
Rapport 4, 2014
Författare: Karl Lundvall & Carl von Uffall Danielsson



Uppdrag: Valfärd!
Upphandling och kundval av välfärdstjänster -
En teoribakgrund
Rapport 1, 2013
Författare: Mats Bergman



Värdeord -
Leading Health Care Årsskrift 2012
Redaktör: Per Gunnar Holmgren



Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre -
En jämförelse av ersättningssystemens utformning
LHC Report Nr 5, 2012
Författare: Eva Hagbjör



Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor -
En analys av komplexa flöden
LHC Report Nr 11, 2012
Författare: Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes



Organisering för innovation i sjukvården -
Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling
LHC Report Nr 4, 2012
Författare: Anna Brattström



Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov?
Arbetsätt och samverkan vid åtta mottagningar i Region Skåne samt i implikationer för landsting och kommuner
LHC Report Nr 10, 2012
Författare: Anders Anell & Anna H Glenngård



Uppdrag: Valfärd! (prospekt)
Ett forskningsprogram om hur vi ska utföra, organisera, styra och utvärdera framtidens välfärdstjänster
Författare: Entreprenörskapsforum, Fores, Leading Health Care



När samverkan brister -
Patientnämndsärenden som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre
LHC Report Nr 9, 2012
Författare: Karin Thoreson



Vem vill ha rökavvänjning -
Att styra motivationen eller låta motivationen styra
LHC Report Nr 3, 2012
Författare: Maria Nilsson, Linus Johansson Kräfte & Claes-Fredrik Helgesson



Perspektiv på implementering -
Vad är "god" implementering och kan det stödjas?
LHC Report Nr 8, 2012
Författare: Karin Fernler



Ledningssystem och styrning av vård -
Förutsättningar och utmaningar
LHC Report Nr 2, 2012
Redaktörer: Jon Rognes & Anna Krohwinkel Karlsson



Att söka sanningen -
Om kunskapsstyrning och grännsarbete i systematiska litteraturoversikter
LHC Report Nr 7, 2012
Författare: Francis Lee



På väg mot en värdefull styrning -
Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre
LHC Report Nr 1, 2012
Redaktörer: Anna Krohwinkel Karlsson & Hans Winberg



Styrning med förhinder -
Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor
LHC Report Nr 6, 2012
Författare: Mats Tyrstrup

LHC:s partners

Abbie
Apoteket AB
AstraZeneca
Capio AB
Diabetesorganisationen i Sverige
Famna
Fysioterapeuterna
GE Healthcare
Inspektionen för vård och omsorg
Janssen
Johnson & Johnson
Landstinget Sörmland
LIF – de forskande läkemedelsföretagen
Merck Sharp & Dohme
Naturvetarna
Novartis
OneMed
Reumatikerförbundet
Sanofi
Siemens
Sjukhusläkarna
Socialstyrelsen
Sophiahemmet
Stockholms läns landsting
Swecare
Sveriges läkarförbund
Sveriges Yngre Läkares Förening
Swedish Medtech
Sällsynta diagnoser
Vinnova
Vårdanalys
Vårdförbundet



10 nytänkande tankar för bättre *hälsa, vård och omsorg*

Det är skönt att titta framåt. Det gäller inte bara modeller och lösningar utan även tankar. Kanske har vi helt enkelt för många gamla tankar som präglar våra föreställningar om hur vård ska styras och utföras? Kanske måste vi helt enkelt börja med att tänka nytt för att kunna göra nytt?

LHC har samlat det bästa av det vi tänkt under våra fem första år och försökt fånga tio nya tankespor som vi tror kan vara till glädje för framtida ledarskap och styrning.