

# MODERNA<sup>®</sup> POLICIES

## Observationer från policygrupperna Samhällskontraktet och Policyprocessen som grund för det fortsatta arbetet inom Moderna Policies

Moderna Policies är ett projekt inom den akademiska tankesmedjan Leading Health Care som arbetar för fördjupad dialog och kunskap om framtidens hälsa, vård och omsorg. Särskilt sammansatta arbetsgrupper (policygrupper) identifierar och problematiserar utvalda frågeställningar kring transformationen av dagens hälso- och sjukvårdssystem. Deltagarna i grupperna är nyckelpersoner från de organisationer som är partners till Leading Health Care. Målgruppen är primärt beslutsfattare på nationell samt regional och kommunal nivå. Arbetet syftar också till att klargöra vad som hör hemma på policy-, strategisk och operativ nivå.

Moderna Policies två första policygrupper har behandlat **samhällskontraktet** och **policyprocessen**. Temana för de inledande grupperna är valda för att de berör grundläggande frågeställningar kring hälso- och sjukvårdspolitikens omfattning, inriktning, genomförande och roll i det framtida systemet för hälsa och välbefinnande. 20 personer från 19 olika organisationer har hittills deltagit i arbetet. Grupperna har gjort en rad intressanta observationer och dragit slutsatser som kommande policygrupper bör fortsätta arbeta med. Denna skrift sammanfattar diskussionerna som grupperna fört och anger inriktningen för Moderna Policies fortsatta arbete.

### **Två revolutioner kräver en tredje**

En utgångspunkt för arbetet är att den moderna vården och omsorgen har varit mycket framgångsrik i Sverige. Både medicinska resultat och medborgarnas förtroende för systemet har historiskt varit högt. Legitimiteten och anseendet beror i hög grad på en lyckad kombination av olika förvaltningslogiker: en ramlag med allmänt accepterade grundprinciper, ett lokalt förankrat huvudmannaskap i kombination med nationell styrning för jämlikhet, decentraliserat utförande med viss individuell valfrihet, respekt för professionens kunskaper, samt starka patientorganisationer med representativitet i centrala policyprocesser. Modellen har varit så framgångsrik att det inte är helt entydigt om, och i så fall hur den behöver anpassas till de förändrade förutsättningar som samhällsutvecklingen nu för med sig.

För att förstå hur vården och omsorgen i grunden fungerar – och hur den kan och behöver förändras – är det bra att förstå varifrån den kommer, vilka de ursprungliga motiven var och hur de efterhand har byggts på.

På 1700-talet gällde en merkantilistisk ekonomisk politik och en stor befolkning betydde mer resurser, främst som soldater och arbetare. Medellivslängden var låg och tanken var att befolkningstillväxten kan gynnas av att aktivt minska den dödlighet som gick att åtgärda. Även om vården inskränkte sig till basala åtgärder som åderlåtning och amputation, innebar det att det offentliga tog ett ansvar man tidigare inte haft. Vården blev en sorteringsmekanism; de som kunde botas kom tillbaka i sysselsättning, de som inte förblev produktiva lämnades åt socknarnas och sedermera kommunernas fattigvård, omsorgens föregångare. Det allmännas åtagande har sedan dess steg för steg vidgats och varje nytt steg i den medicinsktekniska utvecklingen har inneburit ett ytterligare åtagande gentemot medborgarna. Går något att bota, så bör det botas.

Teknikutvecklingen fortsätter och skapar nya möjligheter, möjligheter som vården och omsorgen på senare tid visat sig dåliga på att tillvarata. Tidigare framgångar har dolt det faktum att systemen är i behov av stora förändringar för att kunna fortsätta utvecklas. Förutsättningarna förändras genom två pågående revolutioner:

1. **Den medicinska revolutionen.** Vår förståelse av människans biologi gör att vården idag utför prestationer vi inte kunde drömma om så sent som för tjugo år sedan. Det handlar om förfinade diagnosmetoder och utvecklade behandlingsformer, men också om helt nya sätt att tidigt upptäcka och hindra sjukdom från att bryta ut.
2. **Den digitala revolutionen.** Digitaliseringen påverkar hela samhällets organisering och våra dagliga liv. Den medför nya möjligheter att inhämta information, kommunicera, utveckla kunskap och dela data. I kombination med den medicinska revolutionen omformar digitaliseringen i grunden förutsättningarna för hälsa, vård och omsorg.

Men för att tillvarata de första två revolutionerna fullt ut, behövs en tredje:

3. **Den organisatoriska revolutionen.** Behovet att organisera på helt nya sätt kommer av de nya möjligheterna. Organisering handlar om vem som ska göra vad i systemet, om var det ska göras och tillsammans med vem. Det kan innebära att bryta upp sekelgamla hierarkier och få skilda discipliner att samverka istället för att arbeta i stuprör. Det innebär nya relationer med patienterna. Det finns också ett behov av nya mål för verksamheterna, det vill säga det som systemen ska leverera, och det behövs delvis nya kompetenser hos professionerna såväl som medverkan av för systemet helt nya kompetenser.

*Att förstå effekterna av de två första revolutionerna och förutsättningarna för den tredje revolutionen är Moderna Policies primära uppgift.*

## **Policyområde samhällskontraktet**

Samhällskontraktet var ämnet för den första policygruppen. Samhällskontraktet får betraktas som en metafor som står för en uttalad men allmänt spridd föreställning om vad vi, som ingår i en politisk enhet, förväntar oss av denna enhet och hur vi ser på vår egen roll i den. Det kan handla om hur medborgarna uppfattar institutioner inom stat och övrig förvaltning, om marknadens funktionssätt och om civilsamhället i övrigt. Ett fungerande samhällskontrakt brukar innebära att medborgarna har en hög grad av tillit till det offentliga, till företag, organisationer och andra människor. En hög tillit manifesterar sig genom att människor i regel inte utgår från att de kommer att bli lurade och inte heller bemödar sig om att lura andra. Man kan säga att "transaktionskostnaderna", tiden och mödan som avsätts till att skydda oss mot andras onda avsikter, blir låga med en hög grad av tillit. Tillit till de offentliga institutionerna stärks när de anses göra nytta vilket också leder till en hög skattemoral.

### **Oklar logik för det offentliga åtagandets omfattning och avgränsningar**

Utgångspunkten för gruppens arbete har varit att de medicinska och digitala revolutionerna i grunden förändrar hur vård kan erbjudas, distribueras och konsumeras. Vården och omsorgen har dock utvecklat sina verksamheter enligt de principer man sedan länge utgått från – att bota och lindra. Men sjukdomspanoramat förändras, från akuta sjukdomar med risk för hög dödlighet till alltmer kroniska tillstånd som samvarierar med livsstil och miljö. Detta borde motivera mer preventiva åtgärder och bättre koordinering mellan olika typer av insatser, men dagens system har svårt att leverera det.

Allt fler medborgare utnyttjar den medicintekniska utvecklingen och digitaliseringen för att skaffa sig kunskap om den egna kroppen, hur livsstilen påverkar hälsan, hur man har uppsikt över sin kropp och sitt hälsotillstånd samt hur olika åkommor påverkar varandra. Det offentliga åtagandet skiljer sig dock åt mellan olika delar av kroppen och mellan olika typer av behov. Omsorgen respektive sjukvården har olika huvudmän men är båda offentligt finansierade. Tandvård däremot faller i hög grad utanför det offentliga. Inom tandvården råder etableringsfrihet och fri prissättning (med visst offentligt stöd i form av tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd). Fysioterapi och arbetsterapi har sin egen organisation, trots att de handskas med samma kropp som övriga vården och omsorgen. Förebyggande vård i form av motion betalar den enskilde i regel själv, även om visst arbetsgivarstöd förekommer. Till detta kommer den övriga hälsobranschen som i hög grad drivs av privat efterfrågan och utbud.

Det saknas en genomgående logik, vilket gör innehållet i samhällskontraktet otydligt. Många medborgare, vilket även innefattar anställda i vården och omsorgen, har svårt att förstå vad som hör till vad, vart krav ska riktas och hur ansvar utkrävs.

Med tanke på den växande hälsoindustrin verkar många också beredda att betala egna pengar för att både bibehålla hälsan och för att få hjälp då den sviktar. Däremot verkar få vara villiga att betala mer skatt, vilket många partier noterade i 2018 års valrörelse. Att det finns en individuell betalningsvilja som överstiger den kollektiva är en observation som har påverkan på samhällskontraktet och i förlängningen tilliten till det gemensamma. För att upprätthålla den tilliten, och i förlängningen de principer som byggt vårt svenska system, krävs en genomgripande process för att omforma och utveckla övergripande policier. Uppgiften måste tas på allvar och dess gränsöverskridande och komplexa natur behöver få genomslag i detta arbete.

### **Olika syn på målen**

I ökad grad verkar den offentliga vården och patienterna skilja sig i synen på vårdsystemets mål. För vården är förutsättningen att patienter som besöker dem är sjuka och att de ska få vård och bli friska. Alltfler medborgare lägger stor möda på att förbli friska och att inte behöva vård. Detta gäller i allt högre utsträckning även för dem som lever med kroniska sjukdomar. Hälsa är dock ett tillstånd där vårdens professionalitet idag inte har en självskrivna roll. Förebyggande hälsoarbete saknar den aura av specialistkunskap som ger vården dess status. Detta gäller både förebyggande av sjukdom i sig och hantering av redan existerande sjukdom, så kallad primär- respektive sekundärprevention.

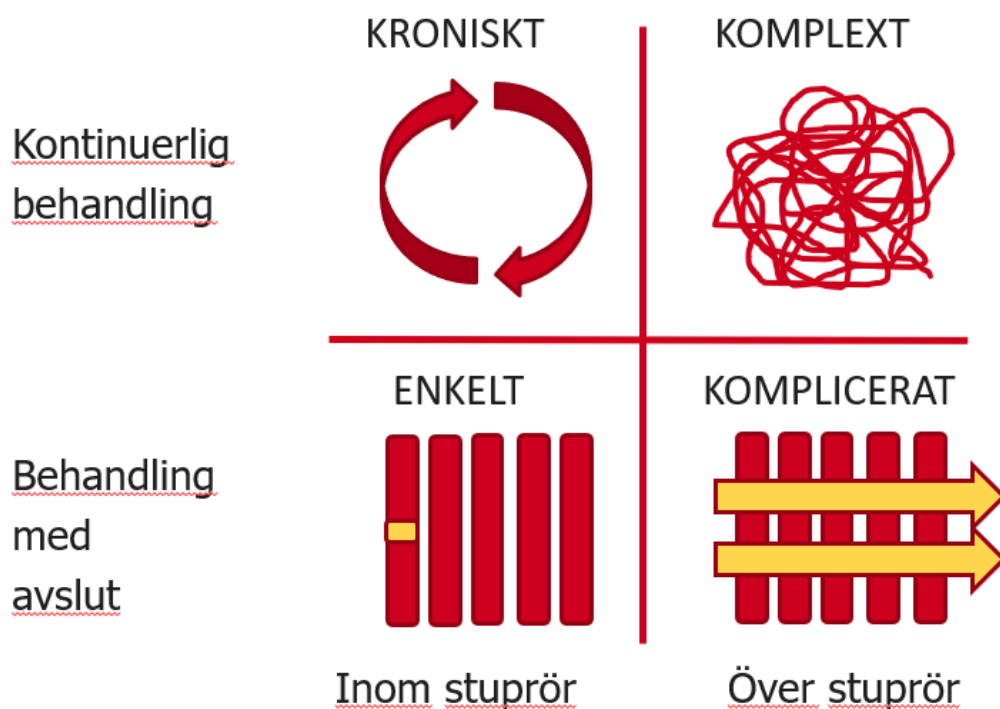
Skälet till att traditionell sjukvård inte riktigt hanterar hälsa och välmående, det vill säga tillståndet innan medborgarna blir patienter, är den professionella vårdens historia och det sätt som hälso- och sjukvårdens styrning och organisering utvecklats. Eftersom hälso- och sjukvårdslagen anger att "den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården" förstärks perspektivet att det är viktigt att ta tag i patienters akuta problem här och nu snarare än att prioritera preventionsfrågorna. Att handskas med hälsa innebär dessutom arbete över många olika discipliner, vilket krockar med vårdens och omsorgens hierarkiska strukturer som består av stuprör som helst arbetar självständigt med just sin typ av åkommor och behandlingsmetoder.

Att se "holistiskt" på en människa och dessutom göra det innan det finns en diagnos innebär att stuprören måste kopplas ihop. Men organisationer försvarar sig vanligen mot tvärdisciplinära idéer, annars riskerar de att brytas sönder. Därför sätts i regel målen för att passa organisationerna, snarare än för att passa människor och deras behov/förväntningar. Vårdens mål är kort sagt anpassade för att möta de sjukdomar som vården botar, inte att möta alla de tillstånd som inte dykt upp som konstaterade vårdfall. Logiken förstärks av att dagens riktlinjer, merparten av kvalitetsregistren och huvuddelen av evidensen finns kring en viss diagnos eller specialitet. Inte konstigt – medicinsk kunskap utvecklas och fördjupas på detta specialiserade sätt. Att vi bemästrat och till och med varit bland de skickligaste i världen inom dessa områden är grunden till de exceptionella framgångar Sverige har och har haft inom medicinsk utveckling och

högkvalitativ vård. Detta exemplifierar komplexiteten i policyformuleringen, det är sällan antingen eller i någon enskild fråga utan det handlar om att balansera olika goda värden.

### Ett system som inte matchar behoven

För bara några decennier sedan var de som avvek från den enkla logiken – en entydig sjukdom som antingen gick att bota eller inte – så få att det helt enkelt inte behövdes något annat system än det vi lever med idag. På senare år har sjukdomspanoramat – delvis tack vare den fantastiska utvecklingen inom medicinska specialitetsområden – dock förändrats. Vi lever allt längre, även om det är med fler hanterbara kroniska sjukdomar, och blir allt kunnigare om hur vi själva kan göra mer i vår egen vård. Såväl medicinfältet självt som digital teknik omvandlar ramarna för på vilka sätt, var och av vem som vård kan utföras. Flera samtidiga förändringar gör att andelen komplicerade, kroniska och komplexa patienter ökar, samtidigt som allt större delar av vården individualiseras och flyttas till patienters vardagliga sociala sammanhang, där fokus i allt högre grad är på att må så bra som möjligt.



Problemet är att de professioner som specialiserat sig inom hälsofrämjande, friskvård, rehabilitering och omsorg traditionellt inte haft samma status som skolmedicinen, och samverkan i kunskapsutvecklingen mellan de olika professionerna har brustit. Därmed finns ett stort och alltmer skriande behov av att utveckla systemet med hjälp av kompletterande perspektiv och kompetenser som bättre fångar en större variation av konsumtionsmönster och en utvecklad syn på vad syftet med vården är.

## **En ökad efterfrågan på förändringar**

Slutsatsen är att det går att märka en vidgad klyfta mellan vad alltfler medborgare har behov av och förväntar sig, och vad den offentliga vården och omsorgen är inriktad på att leverera, något som tär på samhällskontraktet. Här finns en hel del arbete att göra för att få till en reell förändring, samtidigt som mycket börjar hända utanför det formella systemets kontroll. Samhällstrender som förbättrad tillgänglighet till information, tilltagande digitalisering, höjda förväntningar och krav på individanpassning gör att det externa förändringstrycket på hälso- och sjukvårdssektorn ökar. Medborgare upplever att vården släpar efter i såväl servicekultur, behovsanpassning som teknikanvändning. Ett ökat förväntansgap kan vara en av anledningarna till att dagens patienter inte upplever sin ställning som särskilt stark. Samtidigt inser alltfler att förväntningarna bör tas på allvar – en stärkt patientroll är inte bara en "trevlighetsaspekt", utan något som både kan förbättra behandlingsresultat, öka den interna effektiviteten och dessutom är en nödvändighet för vårdens omställning i en ny demografisk, medicinsk och teknologisk miljö.

Samhällsutvecklingen får även konsekvenser för hur formerna för patientdelaktighet utvecklas på olika nivåer. Nya möjligheter till individuell kunskapsinhämtning, egenmonitorering, och användning av externa lösningar som komplement till den traditionella vården skapar förutsättningar för nya relationer och rollfördelningar, där patienten i allt högre grad ses som medskapare av sin egen hälsosituation. Även den organiserade delaktigheten, som tidigare i huvudsak täckts in av patientorganisationer, har fått nya förutsättningar, vilket bland annat märks genom uppkomsten av olika typer av, ofta webbaserade, communities. På utförarsidan ser vi att nya aktörer kommer in, ofta från områden som inte varit kopplade till traditionell vård, som andra servicesektorer, tech-bolag med flera. Här sker en korsbefruktning mellan olika tänkesätt och benägenheten till "kundanpassning" är högre. Slutsatsen är att det som det etablerade systemet inte "ger" kommer patienter i allt större utsträckning att skaffa sig på egen hand tillsammans eller med hjälp av tredje part. Den stora knäckfrågan nu är hur systemet ska förhålla sig till detta.

## **Policyområde policyprocesser**

Den andra policygruppen har tagit sig an de processer i vilka policy utformas, där policy definieras som det politiken ska åstadkomma och policyprocesser som de processer inom folkvalda församlingar som leder fram till styrande beslut. Det framgår av den statsvetenskapliga forskningen att policyprocesser inte är rätlinjiga och helt rationella utan präglas av en rad olika egenskaper, som visserligen är nödvändiga för att alla intressenter ska kunna inkluderas, men som också gör processerna svåröverskådliga samtidigt som resultaten ofta blir sådana att ingen blir riktigt nöjd.

Den politiska policyprocessen sägs präglas av att:

- **Många olika aktörer** deltar, inte bara politiker, alla med olika förutsättningar, erfarenheter, verklighetsbilder, intressen och prioriteringar.
- **Kompromisser.** Detta är oundvikligt i en demokratisk process där många intressenter är inblandade, men samtidigt blir policyn mindre fokuserad och kan komma att sträva mot många och motstridiga mål.
- **Implementering** av policies i komplexa organisationer är svårt. Det är inte ovanligt att utfallet blir annorlunda än vad någon egentligen hade tänkt sig. Inom landsting och kommuner finns ett glapp mellan den politiska nivån och verksamheten som gör implementering av beslut till en inte alltid förutsägbar process.
- **Legitimitet** hos dem som berörs är avgörande, inte minst om en policy ska ha någon möjlighet att bli implementerad. Men detta gör ofta processen ännu mer komplex, inte minst i organisationer befolkade av starka professioner.

### **Komplexa problem avkrävs enkla svar**

En problematik med den politiska styrningen är att den tenderar att följa en logik där både problem och lösningar måste vara enkla att förstå och beskriva. I den politiska debatten måste politikerna kunna svara på vad de ska göra för att lösa problem och det måste gå snabbt. Mediernas utrymme är litet för att förklara att problemen kan vara mer komplexa än man först tror och att förändringar tar tid. Situationen kompliceras genom interaktionen mellan enskilda och grupper aktiva på sociala medier och de professionella nyhetsbevakarna. Det finns en tendens att enskilda problem väcks och mycket snabbt får spridning i sociala medier, problem som sedan uppmärksammas och utvecklas till generella problem av massmedierna för att återigen föras tillbaka och kommenteras i sociala medier. Det mediala kretsloppet kan ge intryck av att en fråga plötsligt blivit stor och måste hanteras.

Brist på vårdplatser på ett enskilt sjukhus är ett tydligt fenomen som medierna enkelt kan illustrera, alla kan förstå eller kommentera och politikerna relativt enkelt kan åtgärda. Men problembeskrivningen tar inte hänsyn till en underliggande utveckling mot fler vårdplatser utanför sjukhusen, vård i hemmet eller en omprioritering mot insatser som minskar behovet av inneliggande vård. Sverige ligger dessutom långt framme när det gäller åtgärder i öppenvård, även på sjukhusen. I dessa fall finns en risk att extra budgetmedel till sängplatser minskar långsiktigt motiverade satsningar på förebyggande och nära vård. Det visar på hur styrningen tenderar att prioritera det kortsiktiga på bekostnad av det långsiktiga och hur svårt det kan vara att i den dagliga politiken ta hänsyn till hur systemets delar borde hänga ihop.

### **Ett systemperspektiv på policyprocesser**

Även om det ibland kan framstå som att politikens villkor försvåras av massmedierna, så är det en grav förenkling. Det finns ett flertal andra centrala aktörer vars inblandning på

olika sätt är inbyggd i policyprocessen. I forskningen beskrivs det som att de inblandade kommer från olika "domäner" med sina alldeles egna egenskaper:

- **Den politiska domänen**, de politiskt valda och deras staber av personer rekryterade ur partierna och från partierna närstående organisationer. I denna domän spelar både partiernas inre liv, i form av maktstrider, karriärvägar och deras ideologier stor roll. Här betyder den ideologiska kartan minst lika mycket som terrängen.
- **Den administrativa domänen**, alla de tjänstemän som bereder och styr. De har professionell kompetens inom administration och förvaltning och är dessutom satta att styra institutioner och organisationer som har egna mål och etablerade arbetsmetoder. Kartan består i hög grad av lag, regleringar och institutionernas instruktioner och policys.
- **Den professionella domänen**, traditionellt beskriven som läkare och övrig vårdpersonal. Vården och omsorgens yrkesgrupper har starka, väletablerade professionella kulturer och i hög grad tolkningsföreträde i fråga om vad som är legitimt att genomföra i praktiken. Utvecklingen går snabbt mot multiprofessionalitet vilket i sig är en utmaning för systemet.
- **Den medborgerliga domänen**, där den enskilde kan påverka genom politiska val, individuell valfrihet, representation genom föreningar och förbund, och i allt högre grad som medskapare av den egna vården och omsorgen. I och med medielandskapets förändring sker också en utökning av individers kommunikations- och påverkansmöjligheter utanför formella roller.

En lösning som ibland förespråkas i debatten är att de tre första domänerna, på samma sätt som sker i ett företag, borde smälta samman till en sammanhållen domän som kan ta raka och snabba beslut och säkerställa en följsam och effektiv implementering. Mot detta talar att historiens kostsammaste felbeslut har skett då personstyrda diktaturer behandlat de olika domänerna som en och inte låtit dem, utifrån sina speciella förutsättningar, utveckla beslut och handling genom debatt och samverkan.

Hela analogin med ett företag leder fel eftersom förutsättningarna mellan ett företag och en politisk organisation skiljer sig åt på ett antal fundamentala punkter. I ett företag deltar du frivilligt och om det finns starka motsättningar lämnar vanligen den ena falangen. I en politisk enhet – en stat, landsting eller kommun – gäller obligatoriskt deltagande inom territoriet. Ett företag strävar efter enighet för att öka konkurrenskraften. Demokratin däremot är ett system för att på fredlig väg hantera permanent oenighet om mål och medel genom att producera kompromisser. Eftersom medborgares och andra aktörers behov och intressen hela tiden behöver vägas mot varandra så fungerar sällan en entydig, på förhand definierad strategi.



## Den bedrägliga jakten på tydlighet

Om styrningen av vården och omsorgen präglas av förvirrande mångfald, hur kan man utveckla den? Landsting och kommuner arbetar i hög grad efter samma principer som slogs fast i 1862 års kommunalreform. Vid den tiden fanns inget behov av att skilja på rollerna förtroendevalda, tjänstemän och professioner helt enkelt för att det inte fanns särskilt många andra än förtroendevalda. Att politiker var direkt inblandade i verksamheten, utan den åtskillnad som fanns och finns i den statliga förvaltningen, var naturligt. Då verksamheten under 1900-talet expanderat har det grundläggande arbetssättet levt kvar vilket har gett upphov till stundtals förvirrade, och troligen suboptimala, policyprocesser. Dessa frågor diskuteras i samband med den statliga Ansvarskommitténs utredningsarbete under åren 2003 till 2007, men det arbetet kom sedermera att domineras av frågan kring den regionala indelningen av landet, något som tog mycket kraft utan att egentligen leda till särskilt mycket.

På vägen mellan politiska beslutsnivåer och verksamheter finns glapp som är svåra att handskas med. Staten styr genom lag och budgetram, medan vården och omsorgen tillhör landsting, regioner och kommuner som är egna politiska system med en egen relation till medborgarna. Regionerna är dessutom numera så stora och komplexa att de inte utan vidare låter sig styras. De styr i ökad utsträckning sig själva genom egna utredningar och policyprocesser. Avståndet mellan de styrande politikerna i regioner och kommuner och den faktiska verksamheten kan ofta vara långt.

Problemet är inte bara komplexiteten i systemet i sig, utan att det i jakten på att skapa "tydlighet" och "effektivitet" i många fall har utformats detaljstyrning som skapar administration, kväser innovation och låser fast gamla strukturer. I jakten på handlingskraft är det lätt att hoppa på enkla lösningar som senare visar sig skapa problem eller i bästa fall konserverar status quo. Detaljerad styrning ger en imaginär känsla av att alla aktiviteter är logiskt och rationellt organiserade. Men, som Leading Health Care har visat i flera rapporter, skapar detaljstyrningen omfattande organisatoriska mellanrum. Fokus på specifika arbetsuppgifter förbiser behovet av relationer mellan olika aktörer och bidrar till fragmentisering.

Utmaningen är att utforma policyprocesserna så att de blir mer ändamålsenliga och inkluderar både den tekniska utvecklingen och de behov medborgarna ger uttryck för. Uppgiften är stor, det handlar om bättre problemanalys och bättre koordinering, om att identifiera och analysera den komplexa helhet av aktörer, reglering och andra faktorer som på olika sätt påverkar hur offentlig verksamhet fungerar utifrån medborgares (och andra intressenters) behov. För att komma vidare är alla aktörer som arbetar med vårdens och omsorgens reformering betjänta av ett systemperspektiv på policy, detta eftersom en enskild aktör sällan har vare sig överblicken eller medlen att långsiktigt förändra helheten. Att uppgiften är oklar och komplex får dock inte leda till passivitet och underlåtenhet att handla.

### **Att utveckla policyprocesser**

Policyprocesser kan vara av olika slag och utvecklas åt olika håll. Den traditionella, linjära policyprocessen består i regel av att problem identifieras varefter de formuleras som ett utredningsuppdrag. Utredningen arbetar självständigt inom ramen för direktiven och den tid som avsatts, den vrider och vänder på frågeställningarna och levererar en rapport som skickas på remiss varefter alltihopa blir ett underlag för politikerna, inte sällan med färdiga förslag på lagändringar. Det är en process med en tydlig början, en mitt och ett slut. Det kan också definieras som en reaktiv process eftersom den är ett svar på ett problem som definierats under andra processer och där nya problem som identifieras gärna skjuts upp till nästa runda.

Tendensen att arbeta linjärt och sekventiellt förstärks av de på förhand givna avgränsningar som många utredningar har att leva med. Generellt så ingår det inte i uppgiften att ge förslag som ruckar på vårdens och omsorgens nivåindelningar, ansvarsuppdelning mellan landsting och kommun och liknande mer systemingripande frågor. Eftersom de strukturella frågorna undviks, så leder utredningarna ofta till ganska tandlösa åtgärder som inte blir systemgenomgripande. Det som saknas är ett mer iterativt arbetssätt där frågeställningarna inte isoleras utan kan utvecklas med syftet att angripa grundproblemen.

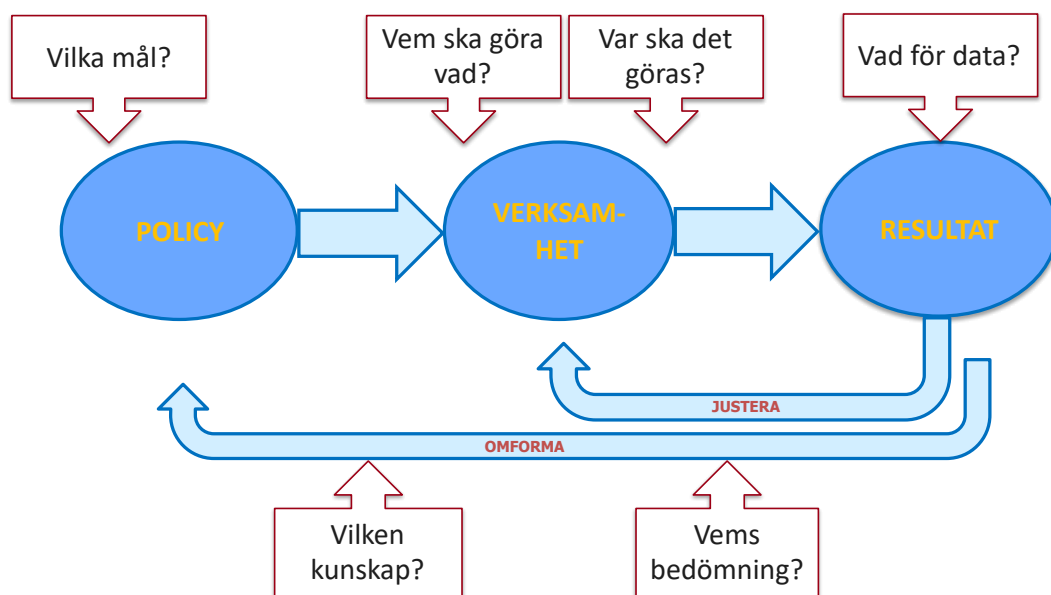
En inspirationskälla för hur policyprocesser kan utvecklas kommer från designtänk, där den traditionella, linjära logiken kontrasteras mot en mer proaktiv, inkluderande servicelogik. Istället för att se nyttan i form av en färdig produkt, så pekar servicelogiken mot att nytta först uppstår då användaren "konsumerar" varan – värde skapas alltså av leverantör och konsument tillsammans. Policyprocesser kan också vara proaktiva och inkluderande genom att mer ta fasta på processen i sig där olika aktörer tillsammans skapar ett värde. Internationellt experimenterar man med nya forum för policyutveckling där det tydliga politiska ansvaret byts mot processer där politiker, förvaltning, professioner och medborgare interagerar och där förankring och legitimitet sker i möten snarare än genom de formaliserade politiska processerna. Dessa två angreppssätt kan troligen med fördel kombineras.

### **Justera inom givna ramar, eller omforma systemet?**

Nästa steg där det behövs ett omtänk är det så kallade "implementeringsstadiet". En central insikt är att det är svårt att introducera nya policies i befintliga organisationer eftersom organisationerna har mål och mätmetoder för en specifik inriktning och därför strävar mot denna. Verksamheter arbetar ofta – mer eller mindre medvetet – med "single loop learning". Policies, riktlinjer och budgetar styr verksamheten och resultaten kopplas löpande tillbaka till verksamheten så att justeringar och effektiviseringar kan ske inom ramen för etablerade strukturer. I strävan mot effektivisering och ansvarsutkrävande definieras mål och uppdragsbeskrivningar ofta med ett snävt fokus som motverkar samverkan med andra aktörer. En dimension av detta är att myndigheter sällan arbetar för övergripande mål som regeringen formulerat, men som ligger utanför

deras utgiftsområde. Därför hjälper det inte alltid att formulera en ny vision på strategisk nivå, om verksamheternas förutsättningar inte i övrigt förändras.

I en situation som den vi har idag, där digitalisering och teknisk utveckling skapar sådana förändringar att hälso- och sjukvårdens mål såväl som funktionalitet kan ifrågasättas, där det finns behov av systemutveckling över etablerade organisationsgränser och där det dessutom kontinuerligt tillkommer nya aktörer, fungerar single loop learning dåligt. Det krävs så kallad "double loop learning" där resultaten kopplas tillbaka till själva målen med systemet som helhet och dess underliggande värderingar.



Denna typ av omprövning kompliceras av att resultat i regel rapporteras med hjälp av data som är insamlade och kategoriserade i det gamla systemets logik och tolkas av etablerade aktörer utifrån en traditionell kunskapssyn. Vi står därmed inför en dubbel utmaning: vi behöver inte enbart förändra systemet utan även beskrivningarna av dess funktionssätt och resultat. Ett exempel är svårigheten att följa patienters vårdvägar eller kartlägga deras sammantagna insatsnätverk och därmed förknippade utfall. Tillgången på data och etablerade analysmönster vill gärna tvinga oss tillbaka till det stuprörsinriktade tänkandet – vi har helt enkelt inte de nödvändiga sammankopplingarna tillgängliga för att få grepp om systemövergripande processer.

En faktor som dock utvecklar policyprocesser är förekomsten av nya, ofta entreprenörsstyrda tjänster som sätter vården och omsorgen under sådant tryck att de helt enkelt måste till förändringar. Sveriges kommuner och landsting tog mycket snabbt fram en nationell överenskommelse kring ersättning till nätläkare efter att problem uppenbarats sig med landstingens olika regler för en tjänst som kan brukas oberoende av patientens och vårdgivarens geografiska lokalisering. Det är ett exempel på när ny teknik

och nya konsumtionsmönster skapar en miljö där nya policybeslut måste tas och också tas. Frågan är nu hur vi systematiskt kan ta in denna utvecklingskraft för att skapa mer dynamik i systemet som helhet.

### **Alternativ till quick fixes**

Det bör nämnas att det inte saknas nya grepp i dagens vård och omsorg, grepp som tar sig an det faktum att nuvarande system inte matcher nya behov, möjligheter och förväntningar. Men detta sker allt som oftast som isolerade projekt eller särskilda "utvecklingszoner" som inte på sikt påverkar den ordinarie verksamheten. Snabba, tillfälliga lösningar och extrabudgetar för att lösa lättidentifierade problem, ofta sådana som blivit stora i det offentliga samtalet, löser i regel inte vårdens och omsorgens underliggande problem. Riktade statsbidrag och anslag till specifika projekt fördröjer snarare en mer systematisk förändring.

Att utveckla policyprocesser för att få till riktiga strukturförändringar innebär dock utmaningar. Politiska processer är beroende av väljarnas uppfattningar vilket i sin tur är beroende av det mediala kretsloppetets bild av vad som sker. Den politiska domänen, men även den administrativa, måste därför hela tiden bevaka hur processer framstår i medierna, inte bara hur de fungerar i den så kallade verkligheten. Den mediala arbetsmetoden präglas av förenkling, dramatisering och personifiering och de sociala medierna bidrar i regel inte till att vinklingar och ståndpunkter nyanseras, snarare tvärtom. Den mediala miljön politiska beslutsfattare verkar i skapar svåröverkomliga politiska begränsningar.

Det är därför det behövs en ny problemförståelse – och modiga politiker och beslutsfattare!

### **Att fortsätta utreda**

Det fortsatta arbetet i Moderna Policies bör fortsätta undersöka på vilket sätt vården och omsorgen kan utvecklas för att över tid kunna följa med medborgarnas behov och preferenser. Vare sig den medicinska utvecklingen eller digitaliseringen lär stanna av, så utan genomgripande förändring av dagens hälso- och sjukvårdssystem så kommer klyftan att växa. Ett sätt beskriva detta är att fokusera på missnöjesyttringar: vårdens och omsorgens professioner får sin auktoritet ifrågasatt, de standardiserade vårdvalen är inte nog, det som efterfrågas är individualisering på riktigt. Ett annat sätt att beskriva samma utveckling är att det pågår en omfördelning av vad det offentliga respektive individen själv förväntas bidra med. Riktningen är inte entydig: många individer både kan och vill ta mer ansvar själva samtidigt som många ser att det offentliga åtagandet bör öka och även inbegripa t ex hälsofrämjande. Frågan är då i vilken mån den politiska styrningen bör, eller kan, påverka hälsa, vård och omsorg och hur systemet bör organiseras för att både kunna dra nytta av samhällsutvecklingen och uppfylla medborgarnas förväntningar?

Vi tror att omprövningen behöver ske på flera olika nivåer och i olika dimensioner samtidigt. Den pågående ombalanseringen från akutvård till prevention gör att det finns skäl att ompröva prioriteringsordningen i Hälso- och sjukvårdslagen där sedan länge är den som är mest sjuk som går först. Vi behöver också ifrågasätta om dagens organisering enligt sjukdomsrelaterade tillstånd verkligen fungerar när det gäller att erbjuda både förbyggande insatser och hälsoförstärkande vård (primär- respektive sekundärprevention). Vi har olika åsikter kring i vilken grad systemen ska vara centraliserade respektive decentraliseras, kring huvudmannaskap och inte minst driftsformer. Traditionellt har diskussionen i hög grad gällt graden av offentlig respektive privat finansiering och produktion. Det som nu sker är att diskussionen fördjupas kring vem som beställer, levererar, utvecklar och utvärderar vården. Nya aktörer tillkommer och patienterna själva får en allt starkare ställning. Detta sistnämnda inte minst för att de genom digitaliseringen kan skaffa sig kunskaper och färdigheter som kompletterar vården och omsorgens professioner.

För att kunna styra framtidens system för hälsa, vård och omsorg behöver man förstå hur medicinsk utveckling, digitalisering och organisering samspelar, så att politiken kan grunda sig på bättre problembeskrivningar och orsaksanalyser. Arbetet inom Moderna Policies inom grupperna Samhällskontraktet respektive Policyprocessen har lagt en grund genom att fundera på hur *vadet* respektive *huret* i en modern hälso- och sjukvårdspolitik behöver förändras. Kommande grupper, som beskrivs kort nedan, fokuserar på behovet av nya underlag (data) och nya tolkningsramar (kunskap) för att möjliggöra utformning av moderna policies i praktiken.

Pågående:

## **Policyområde kunskap**

Denna policygrupp har under senhösten påbörjat arbetet. Inom hälso- och sjukvården fattas varje dag myriader av beslut som direkt eller indirekt berör alla invånare. Olika aktörer har en ambition att på olika sätt förändra vården i olika riktningar. En viktig grund för sådana ambitioner är kunskap om vården; om dess behandlingar, dess organisering, dess styrningsmässiga ramar och dess ekonomi. På vilka grunder formuleras problem, formas viljeinriktningar och fattas beslut?

Lagstiftningen föreskriver att beslut ska fattas ”i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”. De senaste decenniernas rörelse mot kunskapsstyrning betonar betydelsen av kunskapsproduktion utifrån systematiska metoder. Evidensbaserad medicin (EBM, Evidence Based Medicine) har fokuserat på en viss studietyp, så kallade randomiserade kontrollerade studier (RCT:er, Randomized Controlled Trial).

Samtidigt florerar många andra kunskaper i hälso- och sjukvårdssystemet. Många beslut i själva verksamheterna utgår de facto från professionellt omdöme. På policynivå kan uppfattningar vara grundade i politiska hållningar som i sin tur är färgade av ideologiska föreställningar. På alla nivåer, från individmötet till utformning av policy, betonas nu vikten av att bättre ta tillvara patienternas perspektiv, erfarenheter och åsikter för att utforma vården.

Att ha kännedom om en mångfald av metoder för att skapa kunskap ter sig än mer relevant med hänsyn till att den medicinska utvecklingen är inne i en tid av språngvisa framsteg och blir allt mer individualiserad. Utvecklingen utmanar traditionella RCT:er. För att förstå den organiseringsrevolution som samtidigt pågår ökar dessutom relevansen av forskning inom icke-medicinska områden, en forskning som ofta genomförs med andra metoder och ger andra typer av resultat än vad som inbegrips i det klassiska evidensbegreppet. Inte minst är forskningen kring hur organisationer kan ledas, det som kallas ”governance”, viktig att ta med sig.

De metoder som tillämpas när faktaunderlag produceras får direkta konsekvenser för de beslut som fattas. Det betyder att en förvaltnings förtrogenhet med olika metoders möjligheter och begränsningar har stor betydelse för beslutsfattandet. Detta bör regering, riksdag och statliga myndigheter, liksom utförare inom hälso- och sjukvården, beakta.

De som fattar policybeslut inom förvaltningen och inom verksamheterna bör vara väl införstådda med vad de vet, vad de inte vet och vad som de inte kan veta något om. Kostnaden för okunnighet om ens egen okunnighet är mycket hög. Det handlar om att förstå på vilka grunder man fattar sina beslut.

Frågeställningar som policygruppen ska arbeta med är:

- Hur utarbetas kunskapsunderlag inom olika hälso- och sjukvårdsområden, både i Sverige och internationellt? Vad kan vi lära oss av skillnader och likheter?
- I vilken utsträckning och på vilka sätt används olika typer av kunskap när beslut fattas inom olika verksamheter? Vad är skillnaden mellan kunskapsstyrning och kunskapsstöd?
- Hur kan evidensbaserad medicin kombineras med behovet av professionella bedömningar och samtidigt inkludera patienternas kunskap?
- Hur påverkas arbetsmetoderna av digitaliserade beslutsstöd och i förlängningen artificiell intelligens? Håller den nationella kunskapsstyrning som nu etableras för denna utveckling?
- Vad vet beslutsfattare och producenter av kunskapsunderlag om kunskapens gränser och om olika metoders styrkor och svagheter? Och; vad bör de veta?

Start i februari 2019:

## **Policyområde data och mätning**

Denna policygrupp utgår från förutsättningen att vården kommit att bli allt mer indikatorstyrd. Mätningar både synliggör och möjliggör jämförelser och lärande, samtidigt som vi vet att siffror gör mer än bara "beskriver" verkligheten. Siffror "kontaminerar" också den praktik som de är tänkta att avbilda – på såväl önskvärda som mindre önskvärda sätt.

Hur data skapas – av vem eller vad, när och hur de presenteras, kvantitativt och/eller kvalitativt samt hur de används av olika aktörer på olika nivåer - påverkar vilken roll de faktiskt spelar. Ibland spelar data och mätningar mindre roll för verksamhetsutveckling, men reglerar istället ansvarsfördelning och informationsöverföring i systemet.

Denna grupp diskuterar olika perspektiv på data och mätning i organiseringen av hälsa, vård och omsorg. Gruppen kommer att beröra de antaganden som ligger bakom dagens tilltro till siffror, hur man kan bedöma olika typer av data, och vad som egentligen kan förväntas av kvantitativ mätning. Det är aktuella ämnen givet den växande användningen av större datamängder i vården och nya kanaler och metoder för att samla in dessa.

Preliminära frågeställningar:

- Vad mäter vi idag och vad mäter vi inte?
- Uppfyller dagens siffror kriterier på "bra mått"? Kan "dåliga" mått vara bra?
- Varför är det ibland så lätt att ignorera siffror som vi kämpar med att ta fram?
- Hur kan framtidens digitala infrastrukturer skapa nya förutsättningar för siffrornas roll och konsekvenser?
- Hur förändrar nya möjligheter till insamling av data kliniska studier och prövningar?

- Hur påverkar siffror regler och föreskrifter i ett regulatoriskt sammanhang?
- Vad innebär policyutveckling baserat på siffror, inte minst för själva policyutvecklingen?

Förslag:

## **Policyområde kompetens**

En problembeskrivning som återkommer i hälso- och sjukvårdsdebatten är att det behövs mer kompetens i termer av förstärkt bemanning. Eller att det är kompetensbrist – ingen vill längre jobba i vården. Utvecklingen är dock mer komplex än så. Det pågår en förändring av roller där tidigare legitimationsbaserade kompetensområden utvecklas, det pågår också en utveckling av olika sakområden genom att den tekniska utvecklingen ökar efterfrågan på helt nya yrkeskunskaper inom vården. Även relationerna mellan kompetenser utvecklas genom att nya kombinationer av kompetenser krävs, vilket inte minst inkluderar patienters ökade kompetens. Teamarbete är närmast ett mantra – men hur byggs team och hur får man ett fungerande nät av relationer där man kan jobba situations- och individanpassat?

Förslag:

## **Policyområde juridik**

Juridiken beskrivs ofta som ett hinder när sjukvården ska utvecklas. Men utan den, ingen ordning. Arbetsgruppen kommer att begrunda även juridikens möjligheter och söka en bas för att eventuellt omformulera ramarna för hälsa, vård och omsorg. Är under utveckling.



## I LHC:s två första arbetsgrupper har följande personer medverkat:

Anders Johansson	Deliberately Communications	Partner
Anna Carlström	IVO	Ställföreträdande avdelningschef
Anna Krohwinkel	Leading Health Care	Forskningschef
Anna Käll	Janssen	Public Affairs Leader
Bo Seving	Naturvetarna	Förhandlingsdirektör
Carl-Johan Glans	Takeda	Regional Area Manager
Christina Karlsson	Janssen	Policyfrågor
Douglas Lundin	TLV	Chefsekonom
Hans Winberg	LHC	Generalsekreterare
Ida Kåhlin	Sveriges arbetsterapeuter	Förbundsordförande
Inger Ros	HjärtLung	Ordförande
Johan Bobert	Deliberately Communications	Partner och VD
Jonas Vallgård	Vårdförbundet	Utredare
Jonas Vikman	LIF	Samhällspolitisk chef
Jörgen Striem	Medivation Utveckling AB	Owner, senior consultant
Karolina Antonov	LIF	Policychef
Katja Isacson,	Abbvie	Strategic Health Initiatives Manager
Kristina Söderlund	SSDF	Intressepolitisk chef
Margareta Haag	Nätverket mot cancer	Ordförande
Marita Teräs	Naturvetarna	Utredare
Mia Tillgren Moreau	Abbvie	National Market Access Manager
Michael Dahlberg Grundberg	IVO	Inspektör