

Leading Health Care

LHC REPORT NR 3, 2019

Anna Krohwinkel &
Unni Mannerheim (red.)

Moderna Policies

INSPEL FÖR EN FRAMTIDSINRIKTAD
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDEBATT



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 politisk, strategisk och operativ nivå.

ISBN: 978-91-980169-8-7

Utgiven av Stiftelsen Leading Health Care, 2019

Formgivning: kolossal.se

Moderna Policies

**INSPEL FÖR EN FRAMTIDSINRIKTAD
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDEBATT**

Anna Krohwinkel och Unni Mannerheim (red.)

Leading Health Care

Förord

Stiftelsen Leading Health Care fyller 10 år den 9 december 2019. 10 år, och still going strong! Vår första bok kom ett år innan stiftelsen bildades och var början på en idé och en dröm om en bättre debatt. Vi försökte komma bortom den polarisering som rådde inom hälsa, vård och omsorg med olika ideologiska, professionella och vetenskapliga förtecken. Ofta var det antingen eller och vi saknade den samhällsvetenskapliga rösten. Under de tio år som nu gått har polariseringen nått hela samhället och gör att vi lever i ett helt nytt politiskt landskap.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn lever vi också i ett nytt landskap. Vi lyfter i denna bok fram två revolutioner som börjar få genomslag på riktigt: den medicinska och den digitala. Det handlar om disruptiva skeenden då möjligheterna till personalisering och frihet i tid och rum är paradigmskiftande. Den tredje revolutionen, som alla talar om men få kan konkretisera, är den organisatoriska. Och den rör nog i högre utsträckning organisering än organisationsstrukturer. Vi saknar den djupa och forskningsbaserade dialogen om denna tredje revolution.

Men: att det är problem med "systemet", attityder och kulturer råder det en ganska bred enighet om i dagens debatt. Det är ett framsteg. Att lösningarna ligger mellan olika aktörer snarare än att någon kan kliva fram och peka med hela handen finns det också en spridd insikt om. Det är också ett framsteg. Kanske är det till och med så att vi som verkar inom detta fält kan gå före och lösa upp låsta positioner. Det är det som driver oss att i denna bok, som är den 65:e publikationen från LHC (!), blicka framåt mer än bakåt. För system, attityder och kulturer är inga objektiva storheter, snarare är de komplexa och föränderliga. De går dock att göra begripliga. Men då måste vi förstå dem på djupet och etablerade beskrivningar måste ifrågasättas. Som den store sociologen Johan Asplund skrev 1970: *"Att problematisera verkligheten är det första steget på vägen till kunskap, och det är ett steg som omöjligt kan överhoppas."*¹

1 Asplund, J. (1970) *Om undran inför samhället*. Lund: Argos, s. 117.

Moderna Policies är ett samverkansprojekt mellan LHC:s kansli och våra partners. Kansliet ansvarar och står ensamt för slutsatserna i boken. Hela idén bakom detta projekt var att gå till botten med vilka värderingar och kunskaper som ligger bakom dagens systemutformning. Och pröva dessa mot trenderna av medicinsk och digital utveckling för att avgöra behovet av organisatorisk transformation. Inledningsvis hade vi flera och långa samtal kring vilka dessa grunder var, och vad som skulle tas med i arbetet för att hitta framtidens policies. Varje förgivet-taget begrepp vi tog upp till diskussion visade sig vara problematiskt i sig. Om vi verkligen vill hitta grunderna för framtidens policy-makare som har att sätta ramarna för en ny tid, då måste det finnas en bas att stå på. Under de två åren som vi inom LHC-kretsen arbetat aktivt med detta projekt har vi gjort den läxan, vi har grävt inom fundamentala områden som påverkar våra åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvården.

Varför behövs då detta grävande? Det är en helt rimlig fråga att ställa sig som läsare. Två exempel från hösten kan illustrera detta. Varuförsörjningen i den så kallade Femklövern hamnade i akut läge efter leverantörsbyte i oktober. En komplex systemupphandling som ledde till en brist på material många av oss inte trodde var möjlig i Sverige 2019. Uppenbarligen inte de upphandlande parterna heller. Är det då LOU det brister i? Eller kompetensen att upphandla? Eller förmågan hos potentiella leverantörer att korrekt besvara abstrakta upphandlingsunderlag utan att förstå hur de ska fungera i praktiken? Detta är angeläget att få svar på, men framför allt att begripa. Exempel två är det som kommit att betraktas som storvarsel på Karolinska universitetssjukhuset. Detta samtidigt som alla pratar om och arbetar för att vi ska utveckla en god och nära vård, som finns på långt fler ställen än våra traditionella sjukhus. Varför ses inte justeringen på Karolinska som en naturlig del i ett förändrat uppdrag? Varför är det ingen som plockar upp den vinkeln och försöker förstå varför och därmed problematisera HUR denna omvandling ska gå till i praktiken?

Vi menar att vi här presenterar en gedigen genomgång som kan användas för att angripa utmaningar vi står inför på ett grundläggande vis. Vårdsektorn närmast drunknar i problembeskrivningar, som varit samma år efter år efter år. "Alla vet" hör vi ofta, men det gängse sättet att formulera dem fungerar uppenbarligen inte som möjliggörare eller beteendeförändrare. Metoden vi valt här är att gräva djupare när begreppen inte klarnar trots diskussion. Det är enda sättet att sluta trimma ett gammalt system av strukturer, styridéer, kunskapssyner och beteendemönster.

Denna bok är inte slutet på resan med Moderna Policies. Det är inte ens början till slutet, det är snarare slutet på början. Vi måste fortsätta undersöka vilka mål och åtaganden som "systemet" ska fylla för medborgare, patienter,

brukare och personal inom hälsa, vård och omsorg. Vare sig den medicinska utvecklingen eller digitaliseringen lär stanna av. Utan genomgripande förändring av dagens hälso- och sjukvårdssystem så kommer klyftan mellan vad vi kan och förmår åstadkomma att växa, liksom klyftan mellan dem som vet och förmår ta vara på innovativa metoder och dem som lämnas utanför. Idag ifrågasätts ofta de vårdprofessionellas auktoritet och patienter nöjer sig inte med standardiserade vårdval, utan det som efterfrågas är individualisering på riktigt. Från vård till prevention, sjukdom till hälsa, diagnos till person – vi behöver söka nya vägar i många dimensioner.

Över sjuttio kompetenta personer från våra partners och vårt forskarnätverk har deltagit i sex olika arbetsgrupper. De har träffats minst 15 timmar vardera; diskuterat, kommenterat protokoll och medverkat i textbearbetning. Ni är alla värda ett stort tack! AbbVie, IVO, J&J/Janssen, LIF, MSD, Vårdanalys och Takeda har bidragit med absolut nödvändig finansiering – tack! Anna Essén, Handelshögskolan i Stockholm, Christian Gadolin, Högskolan i Skövde/Chalmers, Morten Sager och Isabella Pistone, Göteborgs universitet samt Ebba Sjögren, Handelshögskolan i Stockholm har väglett de olika gruppernas arbete – tack! Anders Johansson och Johan Bobert som hjälpte till i inledningen – tack! Och mina egna medarbetare Anna Krohwinkel, Unni Mannerheim och Annemarie Brandt som varit helt avgörande för att du håller denna bok i din hand – tack!

Och kom ihåg Tage Danielsson: Först när helvetet gör stjärten stekhet kommer eftertankens kranka blekhet. Vi kan lika gärna tänka efter före!

Stockholm i november 2019

Hans Winberg
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

LHC:s partnerorganisationer

AbbVie

AstraZeneca

Diabetesorganisationen i Sverige AB

Fysioterapeuterna

Sveriges Arbetsterapeuter

IVO Inspektionen för vård och omsorg

Janssen/Johnson & Johnson

Region Sörmland

LIF Läkemedelsindustriföreningen

Läkemedelsverket

Merck Sharp & Dohme

Min Doktor

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Naturvetarna

Neuroförbundet

Novartis

Nätverket mot cancer

Reumatikerförbundet

Riksförbundet HjärtLung

SFAM Svensk förening för allmänmedicin

Socialstyrelsen

Swecare

Swedish Medtech

Sveriges Företagshälsor

Sveriges Läkarförbund

SYLF Sveriges yngre läkares förening

Sällsynta Diagnoser

Takeda

TLV Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Vårdförbundet

Ystad kommun

Innehåll

Förord	5
LHC:s partnerorganisationer	8
1. Det nya vårdlandskapet och behovet av förändring	12
Två revolutioner kräver en tredje	13
En organisering som inte matchar behoven	14
Metod	16
Teman	16
Samhällskontraktet.....	17
Policyprocessen.....	18
Data.....	18
Kompetens.....	19
Kunskap.....	20
Pengar.....	21
Fortsatt läsanvisning	21
2. Samhällskontraktet och Policyprocessen	22
– <i>Unni Mannerheim och Anna Krohwinkel</i>	
Vad bör staten göra och hur?	22
Samhällskontraktet	23
Den svenska välfärdsstaten.....	24
Oklar logik för det offentliga åtagandets omfattning och avgränsningar.....	24
Olika syn på målen.....	27
En ökad efterfrågan på förändringar.....	28
Policyprocessen	28
En brokig och krokig process.....	29
Den bedrägliga jakten på tydlighet.....	31
Komplexa problem avkrävs enkla svar.....	31

Att utveckla policyprocesser.....	33
Justera inom givna ramar, eller omforma systemet?.....	35
Referenser	37
3. Data	38
– Anna Essén	
Fyra perspektiv på mätningar i hälso- och sjukvården	38
Perspektiv 1: Hur siffror avbildar verkligheten.....	38
Perspektiv 2: Hur siffror omskapar verkligheten.....	42
Perspektiv 3: Hur siffror ignoreras.....	46
Perspektiv 4: Nya förutsättningar genom digital teknik.....	49
Referenser	53
4. Kompetens	56
– Christian Gadolin	
Kompetensförsörjning – vad är det som behövs?	56
Kompetensmix och nya kompetenser i vården.....	58
Yrkeskompetens och -skicklighet	60
Behov av nya kompetenser.....	60
Behov av att ta tillvara individuella kompetenser.....	64
Kompetens för förbättrings- och kvalitetsarbete	65
Olika perspektiv på kvalitet i vården.....	66
Implementering uppifrån och ned.....	67
Samarbetskompetens som förutsättning för god vård	68
Varför är samarbete svårt att få till?.....	69
Vad krävs för kompetenser för att bygga relationer?.....	70
Kompetens för framtida behov	72
Referenser	74
5. Kunskap	80
– Morten Sager och Isabella Pistone	
En kunskapssyn för framtidens hälso- och sjukvård	80
Tre problem i kunskapsstyrningens infrastruktur	82

Problem 1: Kunskapsstörande, inte kunskapsstödjande underlag	83
Problem 2: Professionernas och patienternas expertis.....	88
Problem 3: Det kunskapsorganisatoriska sammanhanget.....	94
Problemet i problemen: Epistemologi eller synen på god kunskap.....	96
Evidensbaserad kunskap.....	97
Kunskapsteoretisk enögdhet.....	98
En klassisk uppdelning: Positivism och hermeneutik.....	99
Bortom det polemiska.....	101
Mot en modern evidensbaserings.....	103
Referenser.....	106
6. Pengar.....	108
– <i>Ebba Sjögren och Anna Krohwinkel</i>	
Pengar som problemet.....	108
Ekonomi är inte pengar.....	109
En krona är inte en krona.....	109
Tre kronor: Samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan.....	110
Faror med att blanda ihop olika kronor.....	113
Möjligheter med att få kronor att mötas.....	117
Ordning på kronorna.....	120
Mer hälsa per kronor.....	123
Referenser.....	124
7. Sammanfattande diskussion.....	126
Som man ropar får man svar – om att styra mot ändamålsenlighet.....	126
Är enkelt lika med hanterbart?.....	130
Att göra saker på rätt sätt – eller att göra rätt saker.....	131
Verkligheten är inte programmerbar.....	132
Mot modernare policies.....	132
Bilaga 1: Om författarna.....	134
Bilaga 2: Deltagare i policygrupperna.....	136



Det nya vårdlandskapet och behovet av förändring

Den moderna vården och omsorgen i Sverige har historiskt varit mycket välansedd, både om man ser till medicinska resultat och medborgarnas förtroende för systemet. Legitimiteten 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 transformationen av dagens hälso- och sjukvårdssystem och vilka behov av förändrat policyskapande som utvecklingen medför, startade LHC under 2018 ett analysarbete tillsammans med våra partnerorganisationer. Målgruppen är primärt beslutsfattare på nationell samt regional och kommunal nivå. Särskilt sammansatta arbetsgrupper (policygrupper) har identifierat och problematiserat grundläggande frågeställningar kring hälso- och sjukvårdens omfattning, inriktning, genomförande och roll i det framtida systemet för hälsa och välbefinnande. Grupperna har samlats kring följande teman:

- Samhällskontraktet
- Policyprocessen
- Data
- Kompetens
- Kunskap
- Pengar

Denna skrift sammanfattar diskussionerna som grupperna fört och anger inriktningen för Moderna Policys fortsatta arbete. Det inledande kapitlet beskriver bakgrunden till och syftet med projektet. Metod och tillvägagångssätt presenteras, liksom respektive tema och de frågeställningar som grupperna utgått ifrån. Därefter följer kapitelvisa redogörelser och analyser utifrån respektive grupp/tema, författade av de forskare som agerat gruppleddare. Avslutningsvis förs en sammanfattande och framåtblickande diskussion kring LHC:s fortsatta arbete.

Två revolutioner kräver en tredje

Vårdens och omsorgens nuvarande funktionssätt behöver förstås utifrån dess historiska kontext, vilka motiv som fanns då och hur de efterhand har byggts på. På 1700-talet fördes en merkantilistisk ekonomisk politik där en stor befolkning betydde mer resurser, främst i form av soldater och arbetare. Medellivslängden var låg och ett sätt att gynna befolkningstillväxten var att aktivt minska den dödlighet som gick att åtgärda. Även om vården inskränkte sig till basala åtgärder såsom åderlåtning och amputation, innebar det att det offentliga tog ett ansvar som 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 successivt vidgats och varje nytt steg i den medicinsktekniska utvecklingen har inneburit ytterligare ambitionshöjningar gentemot medborgarna. Går något att bota, så bör det botas. Teknikutvecklingen har därefter kontinuerligt skapat nya möjligheter, möjligheter som vården och omsorgen på senare tid visat sig dåliga på att tillvarata. Tidigare framgångar kan sägas ha dolt det faktum att systemen är i behov av stora förändringar för att kunna fortsätta utvecklas. Förutsättningarna förändras genom tre pågående revolutioner:

1. Den medicinska revolutionen

Vår förståelse för människans biologi gör att vården idag utför prestationer som 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 kräver nya kompetenser hos professionerna, såväl som medverkan av för systemet helt nya kompetenser. Det innebär att utveckla nya relationer med patienterna. Det finns också ett behov av nya mål för verksamheterna, det vill säga synen på det som systemen ska leverera.

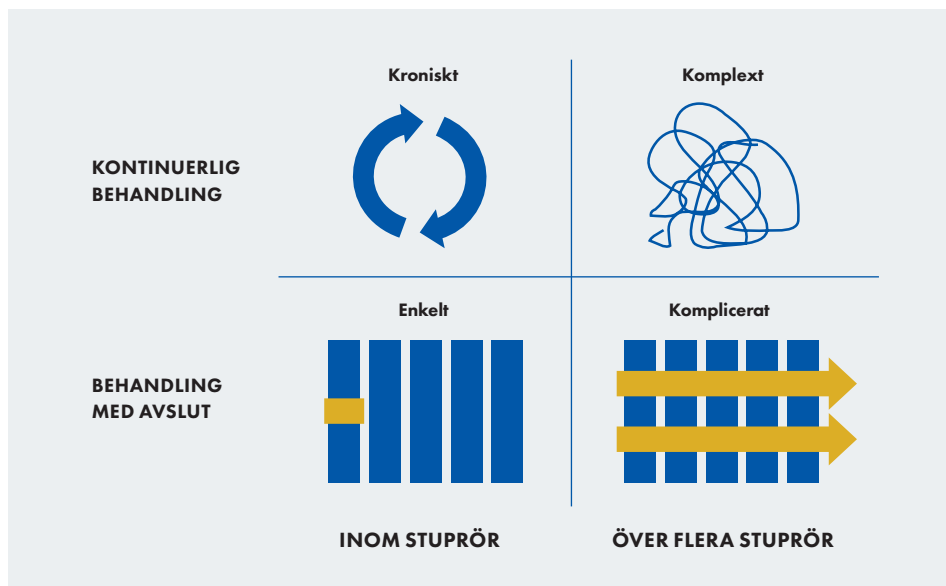
Att förstå effekterna av de två första revolutionerna och förutsättningarna för den tredje är Moderna Policies primära uppgift.

En organisering som inte matchar behoven

Ett genomgående problem vi ser idag när det gäller att styra, organisera och utveckla vården är att vi tenderar att se vårdsektorn som en enda enhet, med samma problem och mål. Denna ordning speglar det mer begränsade offentliga åtagande som traditionellt har varit vårdens uppgift: att hantera relativt enkla tillstånd som kan botas. För bara några decennier sedan var de som avvek från den enkla logiken 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 det medicinska specialistområdet – 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. Alltmer blir möjligt att diagnosticera och bota, och går det inte att bota är det ofta möjligt att med hjälp av modern vård ha ett gott liv trots en befintlig diagnos.

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. Detta nya landskap brukar vi illustrera med hjälp av en fyrfältare som visar olika patientgrupper med sinsemellan olika behov och vårdkonsumtionsmönster:



Figur 1.1 Fyra patientgrupper som ger olika förutsättningar för styrning. Källa: LHC, 2016.²

En grundläggande fråga är vad dessa nya förutsättningar innebär för hur vi styr och organiserar hälso- och sjukvårdssystemet, och, inte minst, hur vi borde göra i framtiden. Vad krävs för att upprätthålla samhällskontraktet i det nya vårdlandskapet? Hur behöver policyprocessen anpassas för att kunna hantera dagens och framtidens utmaningar, snarare än gårdagens? Såväl medicinfältet självt som digital teknik omvandlar ramarna för på vilka sätt, var och av vem som vård kan utföras; vad innebär det för vår syn på kompetensförsörjning och på kunskap? Eller för hur vi hanterar ett av de starkaste styrmedlen – siffror i form av data och mätning, för att inte tala om pengar? Om detta handlar Moderna Policies.

² Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk. LHC Working Paper 2016-1, tillgänglig på www.leadinghealthcare.se/publikationer.

Metod

Moderna Policies utgår från tankesmedjan som metod och facilitator av samhällsutveckling. Grundidén är att en viktig roll för forskningen är att formulera frågor kring väsentliga problem och ge förslag på hur problemen kan ses på nya sätt; men det är lika viktigt att forskningsperspektivet får sammanföras med aktuella frågeställningar och erfarenheter från dem som är verksamma i praktiken. Därigenom utmanas den etablerade föreställningen att det är svårt att kombinera praktisk och akademisk relevans. Genom att erbjuda stöd till bland andra hälso- och sjukvårdspolitiker kan vi, utöver att bidra till en mer välgrundad, långsiktig och engagerad sjukvårdsdebatt, även påverka policyutformningen av hälso- och sjukvården.

Moderna Policies bedrivs av Leading Health Care i samarbete med våra partnerorganisationer och vårt forskarnätverk. 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 (se bilaga). Policygrupperna leds av forskare från Leading Health Cares forskarnätverk som representerar olika discipliner vid olika universitet och högskolor.

De hittills genomförda grupperna har träffats fyra gånger vardera under ett par månaders tid och diskuterat, resonerat samt lyssnat på inbjudna gäster, analyserat och dragit slutsatser. Samtalen i policygrupperna har i de flesta fall spelats in och har sammanfattats skriftligt till deltagarna som fått möjlighet att återkoppla, korrigera och komplettera mellan mötena. En förutsättning för arbetet har varit att deltagarna inte förbundit sig att bli eniga med övriga deltagare eller formulera gemensamma slutsatser, utan gruppernas syfte har varit att generera nya insikter och frågeställningar samt bryta olika perspektiv mot varandra. Arbetet har resulterat i underlag för seminarium, debattartiklar samt denna bok som sammanfattar projektets inledande fas.

Teman

De teman som valts för Moderna Policies är resultatet av sonderingar bland både praktiker och forskare som tillsammans identifierat ett behov av en bred ansats där rådande strukturer ifrågasätts i grunden. Den tematiska indelningen behövde därför motsvara breda, tvärgående ämnesområden, med relevans oavsett var i hälso- och sjukvårdssystemet man befinner sig. Kompetens, data och kunskap utgör exempel på några av de olika typer av resurser som behöver

koordineras i vården kring varje enskild patient. (Pengar, tvärtemot hur det ofta omtalas, ser vi inte som en resurs i sig utan en representation för hur andra resurser värderas, fördelas och nyttjas.)

Vår utgångspunkt är att utvecklingen som pågår gör att gamla frågor kring hur resurser ska definieras, delas in och organiseras behöver ställas igen, så att policier och styrning kan uppdateras i linje med de aktuella svaren. I motsats till andra policy lab, exempelvis designinriktade sådana där ambitionen är att hitta lokala lösningar givet rådande mandat hos berörda aktörer, intresserar vi oss för att identifiera behovet av flyttade gränser, ändrad ansvarsfördelning och nya organisationsformer. Den bredare ansats som tillämpats i Moderna Policier är med nödvändighet mindre handlingsorienterad i sin utgångspunkt, men är avgörande för att skapa insikter kring och förutsättningar för mer handlingsorienterade initiativ i senare skeden av policyskapandet. Ytterligare ett skäl är att det i princip saknas existerande arenor inriktade mot systemomvälvande förändringar, varför ett sådant initiativ skulle fylla ett viktigt tomrum.

Fokus och urval av teman under den period som redovisas här har delvis begränsats av resurstillgång och tillgänglig forskarkompetens. De bör därmed inte betraktas som uttömmande utifrån vad vi tillsammans med våra partnerorganisationer och forskarnätverk ser behov av att behandla. Arbetet kommer också att fortsätta under 2020 med ytterligare policygrupper. Dessa kan framöver komma att utvecklas i syfte att även kunna adressera mer konkreta problemställningar. De breda ämnesområden som ingått i Moderna Policier inledande fas presenteras nedan.

Samhällskontraktet

Den första policygruppen behandlade temat *samhällskontraktet*. Samhällskontraktet är ett begrepp för att beskriva överenskommelser som medborgare ingår med staten i syfte att lättare kunna tillvarata ömsesidiga värden och intressen. Inom det moderna välfärdssamhället – med hälsa, vård och omsorg som bärande delar – så tolkas det ofta som viljan att betala skatt för att i gengäld få ta del av offentligt erbjuden service.

Den pågående utvecklingen inom medicin och digital teknik ger ständigt utökade möjligheter och alternativ för hur vård kan erbjudas, distribueras och konsumeras. Därmed förändras individens roll gentemot det offentliga. Nya frågor väcks om vad som ska ingå i det offentliga åtagandet, hur det ska finansieras och inte minst fördelas.

Exempel på frågeställningar som behandlades inom gruppen:

- Hur kan man beskriva medborgarnas syn på samhällskontraktet idag?
- Vad kan man säga om den förväntade utvecklingen de närmaste fem, tio åren givet de pågående medicinska och digitala revolutionerna som kan ha påverkan på samhällskontraktet?
- Vilka möjligheter har vi att handskas med den förväntade utvecklingen med en organisatorisk revolution? Vilket behov har vi av en sådan?

Policyprocessen

Den andra policygruppen behandlade *policyprocessen*, den process som resulterar i politiska mål, beslut och åtgärder. Policyprocessen beskrivs ibland i termer av en tämligen rationell implementeringsprocess, där analys av samhällets problem leder till politiska idéer och reformförslag, som omvandlas till förändrad praktik, varefter de kan utvärderas. I verkligheten är processen dock mer komplicerad, bland annat eftersom det ofta är många aktörer inblandade i att utforma styrverktyg på olika nivåer, var och en med sina värderingar, uppfattningar om problemen samt preferenser bland lösningar – och minst lika många mottagare av styrningen, som agerar på den utifrån sina förutsättningar och intressen.

Den pågående samhällsomvandlingen lyfter frågor såsom huruvida policymakare kan vara proaktiva och när de snarare bör tillåtas vara reaktiva på utvecklingen, behovet av främjande respektive möjliggörande policy, och om det till och med finns behov av att skala bort policies.

Exempel på frågeställningar som behandlades inom gruppen:

- Vilka policies kan idag sägas styra svensk hälso- och sjukvård och hur kan de, och konsekvenserna av dem, beskrivas?
- Vilka policies kan behövas för att möta framtidens utmaningar?
- Vilka intressenter/aktörer deltar i processerna kring att ta fram nya policies, det vill säga vilka är de viktigaste policymakarna? I vilken mån kan/bör nya aktörer tillkomma?

Data

En tredje policygrupp diskuterade *data och mätning*, utifrån det faktum att vården har kommit att bli allt mer indikatorstyrd. Och visst är det så att mätningar både synliggör och möjliggör jämförelser och lärande. Vi vet dock att siffror gör mer än bara ”beskriver” verkligheten. Siffror påverkar också

den praktik som de är tänkta att avbilda – på såväl önskvärda som mindre önskvärda sätt.

Hur data skapas – av vem eller vad samt när, hur de presenteras – kvantitativt och/eller kvalitativt, och hur de används av olika aktörer på olika nivåer påverkar vilken roll de faktiskt spelar. Om någon. Ibland spelar mätningar mindre roll för verksamhetsutveckling, men reglerar ansvarsfördelning och informationsöverföring i systemet. För att förstå olika perspektiv på data och mätning i organiseringen av hälsa, vård och omsorg behöver de antaganden som ligger bakom dagens tilltro till siffror belysas och analyseras. Det är särskilt aktuellt givet den växande användningen av större datamängder i vården och nya kanaler och metoder för att samla in dessa.

Exempel på frågeställningar som behandlades inom gruppen:

- Vad mäter vi (inte) idag? Uppfyller dagens siffror kriterier för ”bra mått”? Kan ”dåliga” mått vara bra?
- Hur använder vi siffror? Vad vet vi om siffrornas förutsedda och oförutsedda konsekvenser?
- Vilka nya förutsättningar – och utmaningar – för siffrornas roll och konsekvenser skapas av framtidens digitala infrastrukturer?

Kompetens

Den fjärde policygruppen samlades kring frågan om *kompetens*. Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården är en av de största utmaningarna inför framtiden. Dels genom en upplevd akut brist på personal med föreskrivna legitimationer och yrkestitlar, dels på grund av stora pensionsavgångar. Frågor om kompetensförsörjning tenderar att handla om möjligheter att utbilda, rekrytera och behålla medarbete med rätt kompetens. Men frågan är bredare och mer komplex än så. Nya krav ställs också på utveckling av vårdpersonalens kompetenser. Att arbeta personcentrerat, att vara á jour med digitaliseringen och involverad i det kontinuerliga förbättringsarbetet är exempel på komponenter som kan utgöra utmaningar för den enskilde yrkesutövaren. Fler legitimerade yrken med nya kompetenser, såväl som för vården och omsorgen helt nya yrkesgrupper, har också skapat nya utmaningar för interprofessionell samverkan.

Frågan om kompetens berör alltså både vårdens kompetensförsörjning men också på vilket sätt nuvarande kompetenser bäst ska tas tillvara, hur de behöver utvecklas och samverka.

Exempel på frågeställningar som behandlades inom gruppen:

- Har vi kompetensbrist i vården? Vilken typ av brist är det i så fall fråga om?
- Krävs det nya kompetenser för att kunna arbeta personcentrerat?
Finns det någon kompetens som vårdpersonal saknar för att vara delaktiga i förändringsarbete?
- Finns det hinder för funktionellt samarbete inom och mellan professionsgränser?

Kunskap

En femte policygrupp behandlade området *kunskap*. Inom hälso- och sjukvården fattas varje dag myriader av beslut som direkt eller indirekt berör oss invånare. Olika aktörer har en ambition att 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 har fokuserat på en viss studietyp, så kallade randomiserade kontrollerade studier (eller RCT:er). Samtidigt florerar många andra kunskaper i hälso- och sjukvårdssystemet. Många beslut utgår de facto från professionellt omdöme. På policynivå kan omdömet även innefatta politiska hållningar och ideologi. 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.

Exempel på frågeställningar som behandlades inom gruppen:

- I vilken utsträckning och på vilka sätt används olika typer av kunskap när beslut fattas inom olika verksamheter?
- Hur kan evidensbaserad medicin kombineras med behovet av professionella bedömningar och att tillvarata patienternas kunskap?
- Vilka konsekvenser får hälso- och sjukvårdens organisering för hur olika kunskaper kan sammanställas och omsättas?

Pengar

En fokusgrupp samlades redan under 2017 kring ämnet *pengar*. Detta var innan paraplyet Moderna Policies myntades, men arbetet genomfördes med samma metodik som de efterföljande grupperna. Resultatet redovisades i en rapport 2018,³ men sammanfattas även här eftersom ämnesområdet tillför ett viktigt perspektiv utifrån Moderna Policies syfte.

Användningen av ekonomiska analyser för att värdera och synliggöra hälso- och sjukvårdens verksamhet i allmänhet har ökat explosionsartat under de senaste decennierna. För ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem är det uppenbart en samhällsgemensam angelägenhet att resurser "satsas rätt". Samtidigt finns det många som hävdar att ekonomins betydelse för vårdens utveckling vuxit sig för stor.

Ett centralt men outtalat antagande är ofta att det är entydigt vad som värderas – och inte värderas – med pengar. Här är det viktigt att skilja på pengar och ekonomi samt vilka värden som värnas med ett visst synsätt.

Exempel på frågeställningar som behandlades inom gruppen:

- Vilka perspektiv på ekonomi är rådande inom hälso- och sjukvården idag och hur kan dessa förstås?
- Hur skiljer sig analysen av hälso- och sjukvårdens problem utifrån ett budgetekonomiskt, samhällsekonomiskt respektive marknadsekonomiskt perspektiv?
- Vilka antaganden och vilka värden är det som betonas med ett visst perspektiv?

Fortsatt läsanvisning

I påföljande kapitel presenteras redogörelser och analyser utifrån diskussionerna inom respektive grupp/tema, författade av de forskare som agerat gruppleddare. Syftet är inte en ordagrann redogörelse för alla resonemang och åsikter som dryftades, och inte heller att presentera någon mellan deltagarna gemensamt överenskommen syntes. Urval av observationer, analysperspektiv och slutsatser som dras är forskarnas egna. För den avslutande reflektionen kring arbetets sammantagna resultat och vägen framåt står LHC.

3 Sjögren, E. & Krohwinkel, A. (2018) *3 kronor: En jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården*. LHC Report Nr 1, 2018.

Samhällskontraktet och Policyprocessen

Unni Mannerheim & Anna Krohwinkel

De två policygrupperna *samhällskontraktet* och *policyprocessen* inledde Moderna Policies och la en grund till övriga grupper genom att – lite tillspetsat – diskutera förändringar i de övergripande frågorna *vad staten bör göra* respektive *hur staten ska göra det*. Den nära kopplingen mellan dessa två teman gör att de redovisas sammanslaget.

Vad bör staten göra och hur?

Vad staten ska göra har länge varit föremål för statsvetenskaplig analys och teoribildning. Några kända filosofer som närmat sig frågan ur ett normativt perspektiv (vad *bör* staten göra?) är John Rawls och Robert Nozick. Rawls teori om rättvisa (Rawls, 1971) baseras på ett tankeexperiment där han förespråkar att samhället organiseras såsom medborgarna skulle välja om de samlades bakom en ”okunnighetens slöja”, det vill säga utan att känna till sin egen position i samhället. Ur detta tankeexperiment härledde Rawls två principer: att de politiska friheterna bör vara maximalt jämlikt fördelade och att ojämlika fördelningar av materiella tillgångar endast är legitima i de fall där det gynnar de sämst ställda. Nozick (1974) förespråkade å sin sida en ”nattväktarstat”, det vill säga minimalt ingripande från staten till förmån för vad han såg som maximal frihet för individen.

Senare teoribildning har alltmer fokuserat på empirisk analys och på implementeringen av den politik som en folkvald församling bedriver. Den fråga som står i centrum här är under vilka villkor de politiskt beslutade åtgärderna kommer att förverkligas i praktiken (vad *kan* staten göra?). Som den svenske

statsvetaren Bo Rothstein konstaterar när han beskriver den statsvetenskapliga teoribildningens utveckling, behöver den normativa och den empiriska inriktningen kombineras för att kunna användas konstruktivt (Rothstein, 2010). Policydiskussioner bör därmed beröra såväl samhällskontraktet, som i allra högsta grad behandlar den normativa frågan om vad staten *bör* göra, som policyprocessen med dess inriktning mot vad staten *kan* göra, eller vad som ger eller inte ger ett visst utfall i praktiken. Risken är annars att statens ansvar vad gäller medborgarnas välfärd behandlas frikopplat från den faktiskt existerande politiken och dess möjligheter att få genomslag i praktiken.

Bägge dessa perspektiv har således inkluderats i Moderna Policies. Nedan återges inledningsvis diskussionerna från policygruppen samhällskontraktet, följt av policyprocessen.

Samhällskontraktet

Samhällskontraktet som begrepp 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.⁴ Det kan handla om hur medborgarna uppfattar institutioner inom stat och övrig förvaltning, om marknadens funktionssätt och om civilsamhället i övrigt. Det mest grundläggande för ett fungerande samhällskontrakt är att medborgarna har en hög grad av tillit till det offentliga, till företag, organisationer och andra människor (Ostrom, 1990). 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.

Förutom tillit finns det flera andra faktorer som kan vara viktiga för att få legitimitet för gemensamma lösningar; till exempel lokalt anpassade regler, brett deltagande i beslutsprocesser och sanktioner mot dem som bryter mot reglerna (Ostrom, 1990). Det är dock inte tillräckligt att dessa förutsättningar finns på plats eller att majoriteten anser att samhället bör sörja för vissa åtaganden, utan tillräckligt många måste även betrakta institutionerna som kapabla att klara av sina uppgifter (Rothstein, 2010; Wennemo, 2014).

4 Termen kan spåras till den franske upplysningsfilosofen Jean-Jacques Rousseau, som myntade det för att diskutera relationen mellan stat och individ i sin bok *Du contrat social ou Principes du droit politique* (1762).

Tilliten till de offentliga institutionerna stärks med andra ord när dessa anses göra nytta, vilket också leder till en hög skattemoral.

Den svenska välfärdsstaten

Samhällskontraktet sätts ofta i relation till välfärdsstaten och de tjänster som denna producerar eller förväntas producera. Den svenska och nordiska välfärdsstaten med dess universella natur kan sägas generera såväl höga förväntningar på vad välfärdsstaten ska åstadkomma, som skapa ifrågasättanden utifrån ”vad man får för pengarna”. En vanlig uppfattning är att välfärdsstaten ses som en kostsam satsning som medför höga skatter och minskad ekonomisk tillväxt. Rothstein påpekar att detta är ett missförstånd:

Den absoluta merparten av transfereringarna i denna typ av välfärdsstat utgår inte i form av stöd till fattiga människor utan till generella socialförsäkringar och samhällstjänster (som sjukvård, pensioner och utbildning) som gagnar hela eller mycket stora delar av befolkningen. Dessa förmåner skattas högt av nästan alla medborgare, och forskningen visar att det faktum att dessa behov tillgodoses av ett universellt system gör att de i många fall blir de mest kostnadseffektiva.

Rothstein, 2013 s. 286

Ökad effektivitet (genom skalfördelar och riskspridning) genom ett större offentligt åtagande kan utifrån denna observation alltså samtidigt medföra ökade potentiella påfrestningar på samhällskontraktet.

Oklar logik för det offentliga åtagandets omfattning och avgränsningar

Utgångspunkten för Moderna Policies har varit att de medicinska och digitala revolutionerna i grunden förändrar hur vård kan erbjudas, distribueras och konsumeras. Vården och omsorgen har som tidigare konstaterats utvecklat sina verksamheter enligt de principer man sedan länge utgått ifrån – att bota och lindra. Sjukdomspanoramata har dock förändrats, 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, något som dagens system tycks ha svårt att leverera.

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 hälsoindustrin som i hög grad drivs av privat efterfrågan och utbud.

Fokusgruppen konstaterade att det saknas en genomgående logik, vilket gör innehållet i samhällskontraktet ottydligt. 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. När kan vi "förlita oss på systemet" och när bör vi "ta hand om oss själva"? De alltmer suddiga gränserna för det offentliga åtagandet gäller numera inte endast finansiering och produktion av tjänster inom hälsa, vård och omsorg, utan även andra aspekter av systemet – vem som ansvarar för till exempel beställning och leverans av tjänsterna eller utveckling och återkoppling kring dess effekter.

FUNKTION	HUVUDANSVAR			
	Offentligt		Privat	
<i>Reglering</i>	Offentligt		Privat	
<i>Finansiering</i>	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat
<i>Produktion</i>	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
<i>Beställning</i>	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
<i>Leverans</i>	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
<i>Utveckling</i>	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
<i>Återkoppling</i>	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat

Figur 2.1 Funktionsuppdelning mellan offentligt och privat. Källa: Rothstein, 2010, egen bearbetning.

Den växande hälsobranschen är ett exempel på att många är 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 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.

EXEMPEL

Hälsoppar

Att den nuvarande utvecklingen av tjänster inom hälsa, vård och omsorg ruckar på tidigare, gängse funktionsuppdelning mellan offentligt och privat kan exemplifieras genom olika appar och plattformstjänster. Exemplet visar att synen på vilken funktionsuppdelning mellan individuell och offentligt ansvar som anses lämplig varierar stort mellan olika områden och tjänster idag.

- Så kallade "nätläkarappar" såsom Kry och Min Doktor erbjuder i princip samma primärvårdstjänster som ordinarie vårdcentraler (*produktion*) och erbjuds normalt till samma patienttaxa (*finansiering*), medan *leveranssättet* är nydanande och medieras av en extern plattformleverantör. I vilken grad regionerna har valt att delegera *beställningen* av digital vård till invånarna varierar – exempelvis strävar Tiöhundra (Norrhälje) mot en enda offentlig vårdgång via den egna hemsidan Vård online, där patienten efter AI-assisterat självriktigt kan dirigeras till regionens upphandlade nätläkare. Andra regioner har valt att i högre grad betrakta sökning till nätläkartjänster som patientens privata angelägenhet vid sidan om det ordinarie vårdsystemet.
- PEP (Patientens Egen Provhantering) är en webbtjänst där patienter med kroniska sjukdomar själv kan skapa provtagningsremisser och därefter följa svaren via den offentliga 1177 Vårdguidens e-tjänster. Hela poängen här är att *beställning* av vårdtjänster ska delegeras till individen, varefter *produktion* (provtagning) sker i vanlig ordning i det offentliga regi. För att använda tjänsten måste patienten dock tillhöra vissa definierade diagnosgrupper, och även ha fått ett personligt "godkännande" om anslutning av behandlande läkare. Detsamma gäller sådana appar för monitorering av kronisk sjukdom som är offentligt upphandlade. Dessa delegerar *produktion* av monitorering till patienten, men först efter vårdprofessionellt godkännande.
- Blodprovstjänster som Werlabs utgör exempel på vårdtjänster som idag inte ingår i det offentliga erbjudandet och således både beställs och finansieras av individer på eget initiativ. Leverans av svar sker via en privat digital plattform, för närvarande inte integrerat med något offentligt system för datadelning. Tjänsterna (själva blodprovstagningen) *produceras* dock av samma utförare som utför provtagning inom ramen för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården, och väl på mottagningen sitter de olika patienterna ofta i samma väntrumskö.
- Appen SMSlivräddare larmar privatpersoner när någon i närheten drabbats av ett misstänkt hjärtstopp. I de regioner där appen används går utropen genom det offentliga larmsystemet. Detta innebär alltså en form av offentlig *beställning* av akutvård *producerad* av privata medborgare utan krav på formell vårdutbildning.

Olika syn på målen

Många av diskussionerna i fokusgruppen kretsade kring problematiken att den offentliga vården och patienterna i ökande grad verkar 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 självskrivet 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.

En ökad efterfrågan på förändringar

Gruppen konstaterade alltså 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. Medborgare upplever att vården släpar efter i såväl servicekultur, behovsanpassning som teknikanvändning. Samhällstrender som förbättrad tillgänglighet till information, tilltagande digitalisering, höjda förväntningar och krav på individanpassning gör att det externa förändringstrycket på hälso- och sjukvårdssektorn ökar.

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. Men samtidigt som vården upplevs som trögrörlig, så börjar mycket hända utanför det formella systemets kontroll. Exempelvis börjar nya former 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 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.

Policyprocessen

Med policyprocessen avses de processer i vilka policies utformas, där policy definieras som det politiken ska åstadkomma, och policyprocesser som de processer inom folkvalda församlingar som leder fram till styrande beslut. Här rör vi oss med andra ord på den högsta systemnivån (se figur nedan), till skillnad från mer verksamhetsnära nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet där förvaltningens implementering av besluten tar vid.

En brokig och krokig process

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.

Forskning har visat att den politiska policyprocessen präglas av att:

- **Många olika aktörer** deltar, inte bara politiker, alla med olika förutsättningar, erfarenheter, verklighetsbilder, intressen och prioriteringar (Lipsky, 1980).
- **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 (Beetham, 1991).
- **Implementering** av policies i komplexa organisationer är svårt och det är inte ovanligt att utfallet blir annorlunda än vad någon egentligen hade tänkt sig (March & Olsen, 1976). Inom regioner 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 (Mayntz, 1975). Men detta gör ofta processen ännu mer komplex, inte minst i organisationer befolkade av starka professioner (Rothstein, 1992).

Det finns också ett flertal centrala aktörer vars inblandning på olika sätt är inbyggd i policyprocessen. I forskningen beskrivs det som att de inblandade kommer från olika "domäner" som har olika egenskaper (Kouzes & Mico, 1979):

- **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 kartan består i hög grad av lag, regleringar och institutionernas instruktioner och policys. Formella styrmedel kan ibland krocka med organisationernas egna mål, etablerade arbetsmetoder och kulturer.

- **Den professionella domänen**, inom hälso- och sjukvården 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 (Parsons, 1995). Utvecklingen går snabbt mot multiprofessionalitet vilket i sig är en utmaning för ett system i hög grad byggt på hierarki.

	DEN POLITISKA DOMÄNEN	DEN ADMINISTRATIVA DOMÄNEN	DEN PROFESSIONELLA DOMÄNEN
<i>Principer</i>	Medborgarstöd	Hierarkisk kontroll och koordinering	Handlingsutrymme, självreglering
<i>Logik</i>	Representativ	Byråkratisk	Kollegial
<i>Medel</i>	Röstning, förhandling	Beslutslinje	Problemlösning
<i>Mål</i>	Rättvisa	Effektivitet	Kvalitet

Figur 2.2 Karaktärsdrag hos olika domäner som deltar i policyprocessen. Källa: Kouzes & Mico, 1979.

- En fjärde domän som framhålls allt oftare är **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 för att effektivisera policyprocessen 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. Men analogin leder fel eftersom förutsättningarna mellan ett företag och en politisk organisation skiljer sig åt på ett antal fundamentala punkter. I ett företag deltar man frivilligt och om det finns starka motsättningar lämnar vanligen endera parten. I en politisk enhet – en stat, region 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

Regioner och kommuner arbetar i hög grad efter samma principer som slogs fast i 1862 års kommunalreform. Vid den tiden sågs inget behov av att skilja på rollerna förtroendevalda, tjänstemän och professioner. 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 diskuterades 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 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.

Komplexa problem avkrävs enkla svar

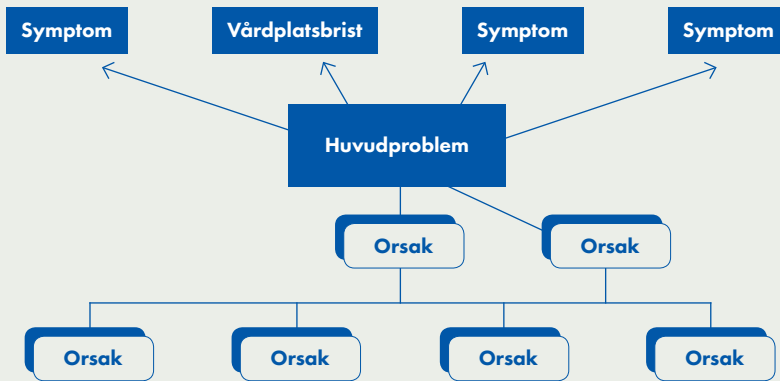
En problematik med den politiska styrningen som diskuterades i fokusgruppen är att den tenderar att följa en logik där både problem och lösningar måste vara enkla att förstå och beskriva. I den politiska debatten måste politikerna kunna svara på vad de ska göra för att lösa problem och det ska gå snabbt. 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

den digitala interaktionen som eskalerat på senare år. 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. 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 offentliga miljö som politiska beslutsfattare verkar i skapar med andra ord svåröverkomliga politiska begränsningar.

EXEMPEL

Systemanalys av vårdplatsbrist

Brist på vårdplatser på ett enskilt sjukhus är ett exempel på ett tydligt fenomen som medierna enkelt kan illustrera, alla kan förstå eller kommentera och politikerna relativt enkelt kan åtgärda. Att betrakta vårdplatsbrist som det huvudproblem som ska åtgärdas riskerar dock att leda fel; här krävs det en problemanalys utifrån ett systemperspektiv för att reda ut vad problemet egentligen är och vilka orsaker som ligger bakom.



Figur 2.3 Problemanalys för en mer ändamålsenlig policyprocess.

Exemplet illustrerar en i policyprocessen vanligt förekommande förväxling – att synbara effekter betraktas som det problem som politiken ska lösa, istället för att betraktas som ett symptom på underliggande problem. Denna förväxling leder inte sällan till felaktiga åtgärder som inte angriper det verkliga problemet och dess orsaker. För att åtgärda det senare krävs en adekvat problemanalys och politiskt mod för att inte anpassa sig till medielogiken och låta åtgärder inriktas mot symptomen eller anta en färdig lösning som utgångspunkt.

När vårdplatsbrist betraktas som ett huvudproblem tas till exempel 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.

EXEMPEL FORTSÄTTNING...

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.

Utmaningen är alltså 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 invånares 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. Med ett systemperspektiv är utgångspunkten att helheten inte kan förstås utifrån enskilda delar, eftersom dess inbördes samverkan påverkar helheten. När olika problem undersöks är det därför sällan de svagt presterande delarna eller en viss aktör som är grundproblemet, utan det sätt på vilket systemet uppmuntrar (eller hindrar) dessa att interagera (se t.ex. Quist & Fransson, 2014).

Att utveckla policyprocesser

Den traditionella, linjära policyprocessen består i regel av att problem identifieras varefter de – om de är av komplex natur – formuleras som ett utredningsuppdrag inom kommittéväsendet. 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 region och kommun och liknande mer systemingripande frågor. Kommittéväsendet är regeringens verktyg för att hantera de svåraste problemen, men eftersom de strukturella frågorna undviks så leder utredningarna ofta till ganska tandlösa åtgärder som inte blir systemgenomgripande. Denna ordning kan kontrasteras mot ett mer iterativt arbetssätt där frågeställningarna inte isoleras utan kan utvecklas med syftet att angripa grundproblemen.

En inspirationskälla för hur policyprocesser kan utvecklas och som diskuterades i policygruppen 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 nyttan uppstår först 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 förslag. 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 – den traditionella, linjära logiken och den proaktiva, inkluderande logiken kan med fördel kombineras. Ett förslag till hur det skulle kunna ske presenterades nyligen i en forskningsrapport från Tillitsdelegationen där man föreslår att regeringen ska inrätta en *varaktig utvecklingsmiljö* inom kommittéväsendet, som komplement till det redan existerande.

I utvecklingsmiljön skulle aktörerna få den kvalificerade hjälp de efterfrågar för att gemensamt lösa ut frågor som ”trillat mellan stolarna” och där ansvaret tycks ligga på ”ingen, någon, vemsomhelst eller alla”. Nackdelarna med den annars relativt väl fungerande sektorsindelningen och resultatstyrningen skulle kunna minska. En del av kritiken mot den så kallade stuprörsförvaltningen skulle kunna stillas.

Fransson m.fl., 2019, s. 3

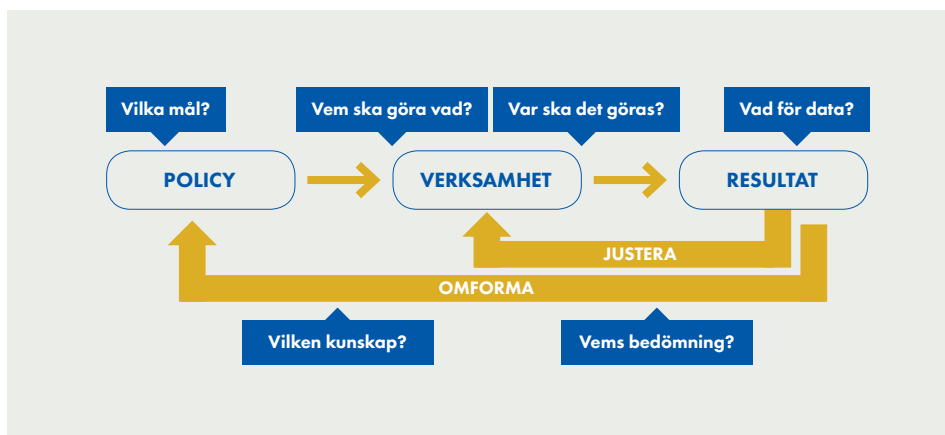
Fokusgruppsarbetet i Moderna Policies utgör ett annat exempel på utvecklingsmiljö, eller policylabb. Medan förslaget som rör kommittéväsendet angriper specifika frågor och mobiliserar handlingskraft kring dessa, innebär Moderna Policies en öppnare utvecklingsmiljö där specifika frågor identifieras och sätts i perspektiv. Det senare utgör ett viktigt och i policyprocessen inledande steg som i nuläget ofta saknas, vilket gör processens innehåll smalare. För att skapa goda förutsättningar för mer handlingsorienterade och framtidsinriktade initiativ såsom

det som föreslås ovan behöver policyprocessen med andra ord inkludera forum för att pröva behovet av omformning och anpassning av systemet.

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 mot 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 i övrigt inte 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.



Figur 2.4 Policyprocess präglad av ”double loop learning”.

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. Strukturen 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 man helt enkelt måste genomföra förändringar. Sveriges Kommuner och Regioner tog mycket snabbt fram en nationell överenskommelse kring ersättning till så kallade nätläkare efter att problem uppenbarat sig med regionernas 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 där det också sker. Frågan är nu hur vi systematiskt kan ta in denna utvecklingskraft för att skapa mer dynamik i systemet som helhet.

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 matchar nya behov, möjligheter och förväntningar. Men detta sker allt som oftast som isolerade projekt eller särskilda ”utvecklingszoner” som inte påverkar den ordinarie verksamheten på sikt. 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 strukturella brister. 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 kretsloppets 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. Här behövs inte bara en ny problemförståelse – det krävs också modiga politiker och beslutsfattare.

Referenser

- Beetham, D. (1991) *The Legitimation of Power*. Palgrave Macmillan.
- Fransson, M. m.fl. (2019) *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*. Forskningsrapport från Tillitsdelegationen.
- Kouzes, J. M., & Mico, P. R. (1979) Domain Theory: An Introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 15: 449-469.
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- March, J.G. och Olsen, J.P. (1976) Ambiguity and Choice in Organizations. *American Journal of Sociology*, 84, 765-767.
- Mayntz, R. (1975). 'Legitimacy and the Directive Capacity of the Political System' pp. 261-274 i Lindberg, L., ed., *Stress and Contradiction in Modern Capitalism*. Lexington, Mass.: D.C.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.
- Ostrom, E. (1990) *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parsons, D. W. (1995) *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*. Edward Elgar.
- Quist, J. & Fransson, M. (2014) *Tjänstelogik för offentlig förvaltning – en bok för förnyelsebyråkrater*. Stockholm: Liber.
- Rawls, J. (1971) *The Theory of Justice*. Harvard University Press.
- Rousseau, J.-J. (1762) Du contrat social ou principes du droit politique, i *Collection complète des oeuvres*, Genève, 1780-1789, vol. 1, in-4°, Tillgänglig: www.rousseauonline.ch, version 7 okt 2012.
- Rothstein, B. (1992) Social Justice and State Capacity. *Politics & Society*, 20(1), 101-126.
- Rothstein, B. (2010) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. 3:e upplagan. Falun: SNS förlag.
- Wennemo, I. (2014) *Det gemensamma: Om den svenska välfärdsmodellen*. Falun: Premiss förlag.

Data

Anna Essén

Visst måste man mäta det man gör för att kunna förstå och förbättra det? Eller? Mätningar synliggör och möjliggör jämförelser och lärande, men forskning visar också att siffror gör mer än bara beskriver verkligheten. Siffror ”kontaminerar” också den verklighet som de är tänkta att avbilda – på såväl önskvärda som mindre önskvärda sätt. LHC:s fokusgrupp om *data* har diskuterat siffrornas roller och konsekvenser ur olika infallsvinklar: hur siffror avbildar verkligheten, hur de omskapar verkligheten, hur siffror ignoreras samt de nya förutsättningar som skapas av digital teknik. I det här kapitlet redogörs för dessa fyra perspektiv på mätning samt några av de teman som framträdde i fokusgruppens diskussioner. Syftet är att presentera generella insikter från forskningen och diskussionerna som kan inspirera till ett mer nyanserat förhållningssätt till mätningar i hälso- och sjukvården. Det är viktigt givet den växande användningen av sifferbaserade mätningar som görs av olika aktörer och på olika nivåer i vårdsystemet.

Fyra perspektiv på mätningar i hälso- och sjukvården

Perspektiv 1: Hur siffror avbildar verkligheten

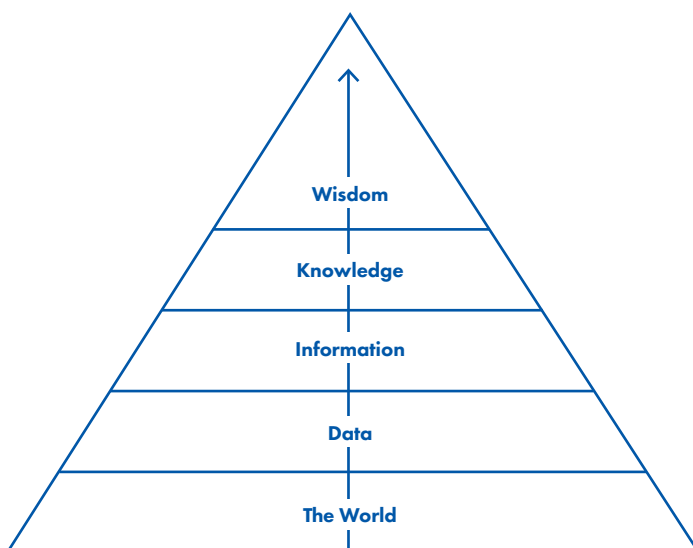
Vad innebär det egentligen att mäta något? Enligt forskning om ”kvantifieringen” av samhället handlar kvantitativ mätning om att skapa jämförbarhet. Kvantifiering ses som omvandlingen av *olika* kvalitativa egenskaper till *en* storhet och egenskap. Olika sorter blir mer eller mindre av en sort, som kan mätas på en skala. Kvantifiering sammanför alltså olika enheter och sätter dem i relation till varandra. Det skapar också nya gränser, skillnader och kategorier (Espeland & Sauder 2007; Espeland & Stevens, 1998, 2008; Essén & Oborn, 2017).

Kvantifiering synliggör och gör fenomen hanterbara

Ett vanligt antagande är att det som mäts blir *synligt och hanterbart*. Vi ser och kan inspektera fler skillnader och samband, som vi därmed kan kontrollera systematiskt. Det uppmätta kan vi också hantera mer konsekvent över tid. Kvantitativa tillstånd kan placeras i fördefinierade kategorier, som i sin tur kan kopplas till fördefinierade instruktioner, under antagandet att ett visst värde alltid bör leda till samma reaktion. Det gör bedömningar mer objektiva och rättvisa – mindre beroende av personliga åsikter och preferenser (Porter, 1995).

Kvantifiering möjliggör vidare många olika *numeriska operationer*. Siffror kan aggregeras, och genomsnitt och procent kan räknas ut. Sådana numeriska sammanfattningar av verkligheten är lätta att kommunicera över tid och rum. Det gör det lättare för olika vårdgivare att jämföra sig med varandra. Siffrornas språk är också universellt – vi förstår det ”mer eller mindre” oavsett utbildning och organisatorisk tillhörighet (Porter, 1995). Via kvantifiering kan därmed fler externa aktörer få insyn i och uppmärksamma vad som sker i vården. Det i sin tur kan motivera vårdgivare att förbättra sina resultat ytterligare.

Utgångspunkten i många mätningar är att kvantifiering kan leda till förbättring via dessa mekanismer. Mätning ökar chansen att vi får syn på problem och att aktörer motiveras att åtgärda dem (Berwick et al., 2003; 2008). Om vi lånar terminologi från datavetenskapen är antagandet att data omvandlas till information, kunskap och vishet (se vidare Kitchin, 2014a, b).



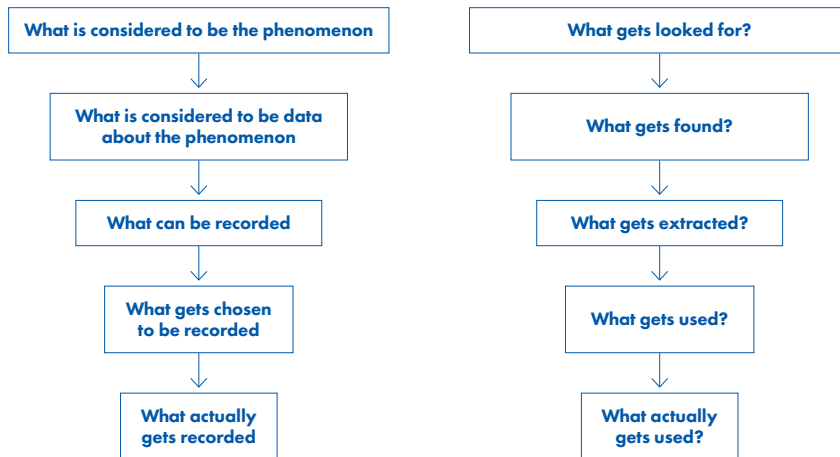
Figur 3.1 Kunskapspyramiden. Källa: Kitchin, 2014a; Jones, 2019, egen bearbetning.

Från data till datadrivet lärande

Praktiken kring datadrivet lärande verkar dock skilja sig från teorin. En uppfattning som återkom i fokusgruppens diskussioner var att det trots stora investeringar i mätsystem sker ett begränsat lärande på basis av siffrorna i värden. Visst finns det många goda exempel, inte minst kvalitetsregister (Essén & Sauder, 2016; Essén & Lindblad, 2013; Essén et al., 2016). Men det finns också mycket data som aldrig kommer till konstruktiv användning. Hur kan vi tolka denna avsaknad av datadrivet lärande? Är felet att måtten inte håller måttet – att de är för dåliga? Det vill säga ligger problemen på datanivån?

Mycket akademisk och populär debatt har ägnats åt att definiera vad som är ”bra” mått. Mätinitiativ kritiserar ofta för att inte uppfylla krav på datakvalitet. Man fokuserar med andra ord på data- och informationslagren (jfr. figur ovan). Ett tema som var framträdande under seminarieserien var dock att frågan är felställd: Istället för att analysera huruvida data/mått är bra eller dåliga i sig, bör vi utvärdera måttens användbarhet i relation till specifika beslutssituationer.

Det är ett perspektiv som även stöds av forskningen. Studier visar att vi tenderar att likställa ackumulering av data med förbättring. Vi är sämre på att undersöka och utvärdera vilka analysfrågor vi ställer till den data vi samlar ihop. Frågan är relevant oavsett om det handlar om små eller stora datamängder (Jones, 2019; Kitchin, 2014a, b). Kanske bör vi helt enkelt bli mer medvetna om såväl *hur vi mäter* som *hur vi använder* data. Figur 3.2 visar på en konceptualisering av de steg som kan vara relevanta att analysera.



Figur 3.2 Hur data uppstår (till vänster) och hur data används (till höger). Källa: Jones, 2019.

Ett sådant perspektiv skulle också kunna leda till frågor om vilken data som faktiskt används, av vem, och i vilka situationer, samt uppmärksamma oss på vilken data som *inte* används av någon. Det i sin tur skulle kunna göra oss bättre på att rensa och ta bort mått⁵, en fråga som vi återkommer till senare i kapitlet.

Från kvalitet på data till användbarhet – i olika situationer

Det figur 3.2 inte tydliggör är att olika data behövs i olika beslutssituationer. Datas användbarhet behöver analyseras på global nivå (forskning), såväl som på makronivå (nationella prioriteringar), mesonivå (kliniknivå) och inte minst vårdens mikronivå (patient-läkarmötet). Som regel är kriterierna för vad som är ”bra och relevant data” olika på de olika nivåerna.

Detta perspektiv uppmuntrar till frågor om huruvida data är användbar för dem som skapar den. Det vill säga får de som dokumenterar något tillbaka? Lokal användbarhet och snabba feedbackloopar har visat sig vara en nyckel till framgångsrik dataackumulering och datadrivet lärande i vården (Essén & Lindblad, 2013), och ett sätt att minska intresset för att manipulera data hos dem som skapar den.

Från enskilda mått till kombinationer av mått

Ett relaterat tema som framkom i diskussionerna är att mått, för att bli svårare att manipulera och vara användbara, behöver kombineras. På så sätt minskas risken att skapa en väl förenklad bild av verkligheten. Sådana kombinationer av mått kan komma att bli användbara, inte för att de är ”enkla” och avbildar verkligheten på ett perfekt sätt, utan snarare för att de är lite krångliga och därmed leder oss att utforska områden vidare. Forskningen visar att just den rollen: Att agera konservöppnare och skapa intresse för underliggande dimensioner är en av måttens viktigaste roller i komplexa verksamheter som hälso- och sjukvården (De Bont & Grit, 2012).

5 Det kan vara relevant att samla data som inte används idag men som kan bli värdefull i framtida analyser. Däremot finns ett behov av att reducera administrationsbördan. En utökad medvetenhet om vilken data som inte används kan leda till mer välgrundade beslut om vilken data som är relevant att samla, i kortsiktiga såväl som långsiktiga syften.

Perspektiv 2: Hur siffror omskapar verkligheten

Mätningar avbildar inte bara det som mäts – mätning omskapar också den verklighet måtten syftar till att reflektera. De så kallade Hawthorne-studierna är ett känt exempel (Roethlisberger & Dickson, 1939). Studierna syftade till att undersöka i vilken mån förändringar i belysning ledde till förändringar i fabriksarbetares produktivitet. Arbetarnas produktivitet mättes därför över tid, och forskarna fann att produktiviteten ökade under studien. Produktiviteten föll dock igen efter studien, trots att belysningen inte förändrades. Forskarna drog slutsatsen att produktivitetsoökningen som de noterat inte hade skett på grund av belysningen. Fabriksarbetarna reagerade snarare positivt på att bli observerade, att bli uppmätta. Studien har kritiserats men visar på möjligheten att individer förändrar sitt beteende p.g.a. att de observeras. Det gäller särskilt när aktör A mäts eller övervakas av aktör B. Det vill säga, när data används av någon annan än den som blir uppmätt.

Reaktivitet – ett problem eller något oundvikligt?

I kvalitativ och kvantitativ forskning kallas det här ibland för reaktivitet – och det ses som ett problem som ska minimeras. Campbell (1957) definierar till exempel ett reaktivt mätinstrument som ett som “modifies the phenomenon under study, which changes the very thing that one is trying to measure Campbell 1957, p. 298). Även i kvalitativ forskning argumenterar forskare för att minimera effekten av observationen hos de observerade (Katz, 1983).

Å andra sidan inför vi ju ofta mätningar för att vi vill att de *ska* påverka dem och det som mäts. Vi vill att mätningarna ska påverka vad människor fokuserar på och strävar efter. I sådana situationer vill vi exploatera reaktivitet. Det gäller särskilt mått som konstrueras, samlas in och används för styrning och förbättringsarbeten.

Reaktivitet kan alltså ses som ett hot, eller som något eftersträvanvärt. När data samlas in för forskningssyften ser vi ofta reaktivitet som något dåligt, då det antas minska tillförlitligheten i observationerna. Men när vi inför mätningar i förbättringssyfte utgår vi ifrån att världen ska anpassa sig efter mätningarna. Vi sätter alltså upp en gräns mellan tidpunkter eller situationer när reaktivitet är dåligt och bra.

När måttens syfte förändras

Samtidigt tänker vi oss dock att vi kan använda samma data för olika syften. Svenska kvalitetsregister är ett exempel. Registren samlade initialt data för forskning men datan används numera även av externa aktörer för att övervaka

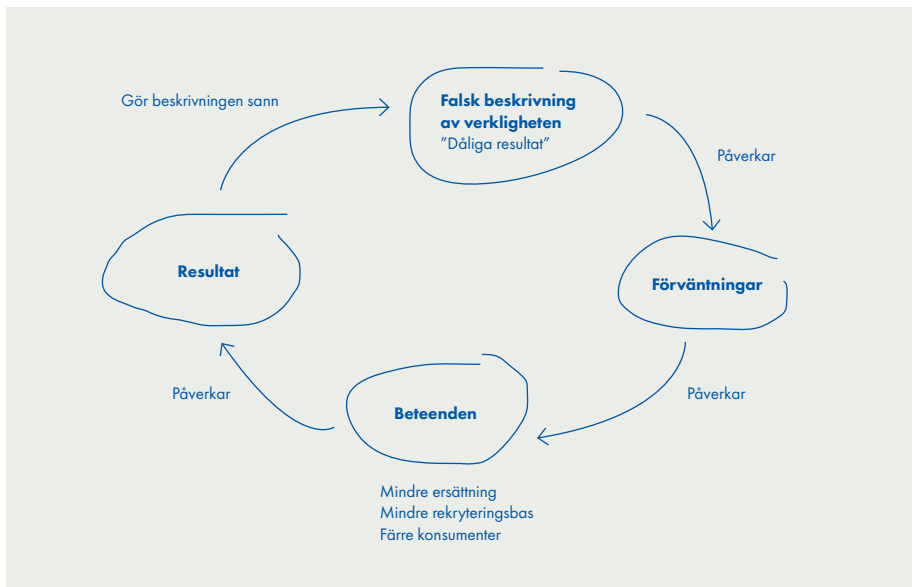
och jämföra kliniker. Här utnyttjar man alltså det faktum att siffrornas språk är universellt (Porter, 1995) – siffror är lätta att förflytta mellan kontexter.

Å andra sidan visar forskning att just den typen av förflyttning och förskjutning i syfte har stora effekter. Kanske just för att mätinstrumentens reaktivitet förändras när vi använder datan i styrningssyfte. Foucault (1977) beskriver det som att “a shift in emphasis from quantification employed to describe relations and make predictions, to quantification used to judge and control these relations, is a small but fateful one (Foucault 1977, s. 183–84)”, och Espeland och Sauder (2007) drar slutsatsen att “when a measure becomes a target, it ceases to be a good measure” (Espeland & Sauder, 2007; Sauder & Espeland, 2009).

En risk med att förflytta data från en kontext till en annan är enligt Feldman och March (1981) att de som befinner sig långt ifrån de situationer där datan skapas (dvs långt ifrån själva dokumentationstillfället, exempelvis det patient-läkarmöte där data genereras) tenderar att missa den ambivalens och de frågetecken som ofta omger ett visst mått eller en viss datapunkt. De som skapar måtten är ofta medvetna om bristerna i datan och det faktum att enskilda mått visar några, men döljer andra, aspekter av ett fenomen. Denna komplexitet tenderar att försvinna när data förflyttas till nya kontexter, vilket skapar risker för att data tolkas bokstavligt och ses som en mer perfekt beskrivning av verkligheten än vad den är.

När mätningar blir självuppfyllande profetior

I vissa fall kan mätningar till och med bli “självuppfyllande profetior”, där en falsk definition av situationen skapar ett nytt beteende, vilket gör den initialt falska definitionen sann (jfr Espeland & Sauder, 2007). Ett exempel skulle kunna vara ett sjukhus som hamnar långt ned i en jämförelselista och därmed förlorar patienter, får mindre resurser, mindre rekryteringsbas, och därmed “blir” sämre (trots att den initiala placeringen inte var rättvisande eller “sann”). Figur 3.3 illustrerar cykeln.



Figur 3.3 Hur mätresultat kan bli självuppfyllande profetior.

Många studier visar också att när mätningar används i styrningssyfte och små kvantitativa skillnader kan ge stora konsekvenser, så finns incitament för de uppmätta aktörerna att komma på kreativa lösningar på hur man kan få sin verksamhet att "se bättre ut" (Bevan & Hood, 2006). Espeland och Sauder (2007) visar till exempel hur rankningar av skolor i USA ledde till förändrade beteenden hos dem som mättes och jämfördes. Bland annat började man klassificera om antagna studenter med sämre betyg som "provantagna", vilket gjorde att dessa studenters betyg inte räknades med i rankningen.

Från vårdsektorn figurerar historier kring hur akutmottagningar klassificerat om patienter i väntrummen som "omhändertagna" efter det att styrning och ersättning utifrån väntetidstak införts. Ett exempel från England är att patienter fått vänta i ambulanser utanför sjukhuset tills det att sjukhuset är säkra på att de kan tas emot inom 4 timmar i enlighet med vårdgarantin (Bevan & Hood 2006). Det finns många fler exempel, som alla har gemensamt att risken för manipulation ökat när ekonomisk kompensation kopplats till mätningarna. Istället för att döma ut denna typ av beteenden som omoraliska kan vi se dem som oundvikliga och som ett resultat av anställdas strävan att skapa så bra förutsättningar för sin verksamhet som möjligt.

Sammantaget visar diskussionen att vi måste tänka till när mått som utvecklats för beslutsstöd och forskning (där incitamenten att fabricera data är mindre) börjar användas för extern övervakning och styrning. Den typen av förskjutning är dock vanlig i Sverige och internationellt.

Ett exempel är användningen av kvalitetsregisterdata i Öppna Jämförelser och i Socialstyrelsens utvärdering av nationella riktlinjer. Bland andra Riksrevisionen har ifrågasatt utvecklingen som man menar "leder till en ökad betoning på central styrning baserad på enkla mått, vilket riskerar att tränga undan verksamhetsutveckling utifrån värden och handlingar som är svårare att mäta" (RiR 2013:20, s. 10).

Diskussionen reser frågor kring balansen mellan mätning för eget lärande och för extern insyn. Den ifrågasätter också hur vi kan undvika att mätningarnas logik blir alltför dominerande och att icke uppmätta skillnader därmed hamnar i bakgrunden. Forskningen diskuterar vägar framåt, något som även framträdde i gruppens diskussioner.

Att anta ett kritiskt perspektiv på den måttportfölj som används

En första möjlig strategi är att tänka på måtten som en föränderlig portfölj som innehåller olika fack som kan användas i olika syften. En föränderlig måttportfölj kan innehålla stabila mått som följs över tid, av vårdprofessionerna och forskningen. Däremot kan portföljen inte bara lägga till mått utan behöver regelbundet ta bort obsoleta mått, vilket tenderar att inte ske idag. En mindre del av måtten kan användas för styrning av externa aktörer. Vi kan vänta oss att dessa mått kommer att manipuleras mer ju längre tid de används och de bör alltså ha ett "bäst-före-datum". En väg framåt kan därför vara att rotera mått som används som mål.

En andra strategi som lyfts fram i forskningen är möjligheten att använda mått som diskussionsunderlag (konservöppnare, som nämnts tidigare) snarare än för att sätta absoluta målnivåer och använda dem som basis för ersättning. Här blir det viktigt att diskutera vad måtten *inte* mäter och vilka avgränsningar de inbegriper. En praktisk fråga är hur vi kan kommunicera sådana icke-kvantitativa skillnader på ett hyfsat "snabbt" och "universellt" sätt. Och vad är alternativet? Forskningen ger få svar andra än att "collaborative governance", dvs att tillsammans styra värden mot bättre resultat, är viktigt precis som ett kritiskt perspektiv på mätningar (Ansell & Gash, 2008).

Att använda mått som konservöppnare innebär vidare att inte bara observera skillnader utan även att tillhandahålla tidiga insatser och hjälp till dem som enligt mätningarna befinner sig i en riskzon. Det handlar alltså om att gå ifrån användning av mått för att bekräfta att vissa verksamheter presterar sämre, till att använda mått för att studera i vilka verksamheter det finns risk för försämrade resultat. Vi vill ju undvika att de som har dålig placering blir sämre och därför behöver vi proaktivt hjälpa dem som ser ut att halka ned.

Det här går till viss del i linje med hur dagens aktörer i vården tänker och arbetar. I gruppdiskussionerna framkom det att bland annat Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en ambition att arbeta mer proaktivt med granskning och lärande. Men av fokusgruppens diskussioner framgick också att det finns en tendens att hantera mått likadant och att lämna vårdgivare ensamma i att analysera och agera på uppmätta resultat. Om myndigheter och vårdgivare börjar jobba mer aktivt med ett gemensamt prospektivt och mer interventionistiskt angreppssätt skulle vi kunna gå från en reaktiv till en prospektiv användning av mått.

En sista lärdom från forskningen handlar om att anta ett kritiskt förhållningssätt till den portfölj av mått och det uppföljningssystem som används. Det kan handla om allt ifrån att ta bort obsoleta mått till ett mer övergripande ifrågasättande av huruvida uppföljningssystemet fyller sin funktion eller inte. Forskningen visar dock att det ofta är svårt att ifrågasätta uppföljningssystem, då de med tiden tenderar att bli allmänt accepterade och för-givet-tagna. Istället ignoreras dysfunktionella aspekter. Vi diskuterar under nästa rubrik hur det är möjligt.

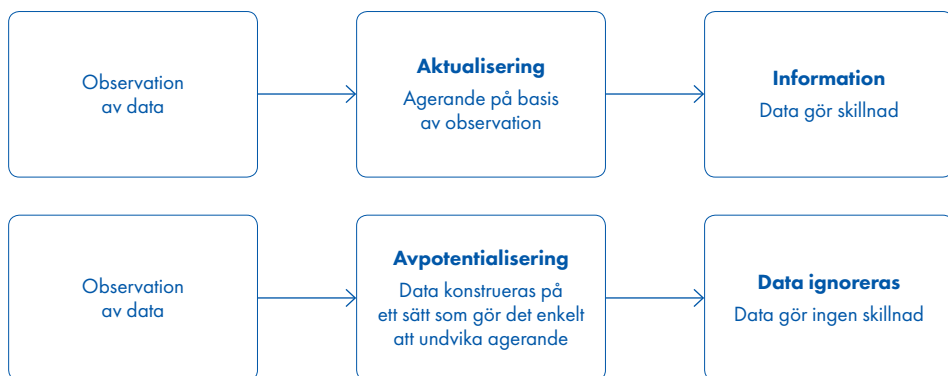
Perspektiv 3: Hur siffror ignoreras

Om vi definierar *information* som data som ”gör skillnad” (Bateson 1972), kan vi definiera *ignorera* som handlingar som förhindrar att data blir information – när man konstruerar data på ett sätt som gör det möjligt att inte reagera/agera på den. Ibland kan det ju vara bra att avstå ifrån att agera på saker som vi är medvetna om. Men ibland ter det sig lite märkligt när vi ignorerar data som vi investerar mycket i att producera.

Det finns studier som visar på fall där man investerat mycket i system för resultatuppföljning men där målgruppen ignorerar resultaten (Knudsen, 2011). Ändå fortsätter man investera i systemen år efter år. Även om alla inblandade är mer eller mindre medvetna om att systemet inte används så agerar man inte på vetskapen eller misstanken. Hur kommer det sig att man fortsätter investera tid i ett system som inte gör någon skillnad?

Studier har visat att ignorans eller passivitet uppkommer genom att data hanteras på ett sätt som avpotentialiserar den och gör den irrelevant. Exempelvis kan man framställa datan som ”av för dålig kvalitet” eller som ”osäker”, säga sig ”inte ha kompetensen att dra några slutsatser på basis av datan”, eller slå fast att det ”inte är mitt jobb att bedöma vilka förändringar vi borde göra på basis av den här datan – det är inte mitt ansvar”. Gruppen diskuterade att hanteringen av Öppna Jämförelser ibland tyder på detta beteende

när Socialstyrelsen säger att det är regionerna som ska agera på datan, medan regionerna säger att det är professionerna eller klinikerna som ska agera. Klinikerna menar istället att de har andra, mer tillförlitliga data att lära av. Alla pekar på nästa aktör i kedjan och konstruerar därmed bilden av att datan är irrelevant för det egna jobbet och den egna enheten, samtidigt som man menar att den är relevant för andra aktörer, vilket gör att man kan fortsätta investera i systemet.



Figur 3.4 Mekanismer för att förstärka respektive försvaga datadrivet lärande.

Att ignorera självproducerade data

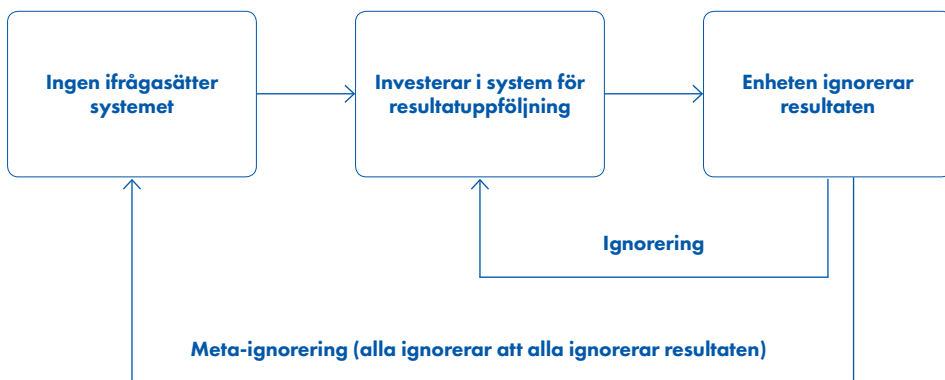
Ofta är de som deltar i ett sådant system delvis medvetna om att ingen använder resultaten, dvs. att systemet egentligen är dysfunktionellt. Bevisen för det är inte alltid tydliga utan ofta handlar det om mer subtila signaler, till exempel att man inte kan komma på ett enda exempel på någon som faktiskt använder datan. Men alltför sällan undersöker man inte saken vidare (Heiner, 2012), utan fortsätter att investera i systemet.

Varför ignorerar man signaler om ett dysfunktionellt system (Alveson & Spicer, 2012; 2016)? Ofta för att existensen av systemet, snarare än dess faktiska innehåll, ger många fördelar. Forskningen visar att organisationer ofta investerar i system för att "se bra ut" och skapa rätt image (Alvesson, 1990; 2013; Brunsson, 1998; Meyer & Rowan, 1977). För vårdgivare är resultatuppföljningssystem något som förväntas vara på plats, "det är ju Socialstyrelsens ansvar att följa upp vården", och det är "regionernas ansvar att ha koll på sina resultat". Även för professionen ger det legitimitet att verka öppen och generös med sin data. Om man kan visa upp ett uppföljningssystem ser det med andra ord ut som att man fullföljer sitt ansvar, sitt uppdrag, oavsett om någon faktiskt använder resultaten eller inte.

Det innebär att det kan vara riskfyllt att börja ifrågasätta ett sånt här system i grunden, eftersom man då blir en "trouble maker" (Alveson & Spicer, 2012; 2016). En "lösning" är att tolka signaler om icke-användningen som något tillfälligt, utifrån ansatsen att systemet kommer att bli bättre i framtiden och då producera bättre data. Istället för att ta tag i grundproblemet teknikaliserar man på så sätt frågan eller avskriver den som övergående. Det leder ofta till att man investerar mycket tid och resurser i att utveckla mallar och procedurer för datarapportering, men förbiser att utvärdera om någon agerar på data och hur den isåfall används.

Double loop learning – eller ignoring?

Sammantaget gör denna typ av ignorering att ingen lär sig något av all den data som finns i de dysfunktionella uppföljningssystemen. Syftet var ju att åstadkomma double loop learning (Argyris, 1991), det vill säga att få insikter genom att mäta saker, vilket kan leda till att vi omprövar våra hypoteser och grundläggande antaganden, vilket i sin tur kan påverka hur vi mäter. Istället verkar vi befinnas oss i en double loop ignoring, där datan ignoreras och där ingen reagerar på att så är fallet. Istället för att ompröva antagandena, fortsätter vi att skapa samma slags mått.



Figur 3.5 Single respektive double loop ignoring.

Vilka möjligheter finns att med hjälp av ny teknik bryta dessa destruktiva mönster i datainsamling och (icke)användning? Det diskuterar vi i nästa avsnitt.

Perspektiv 4: Nya förutsättningar genom digital teknik

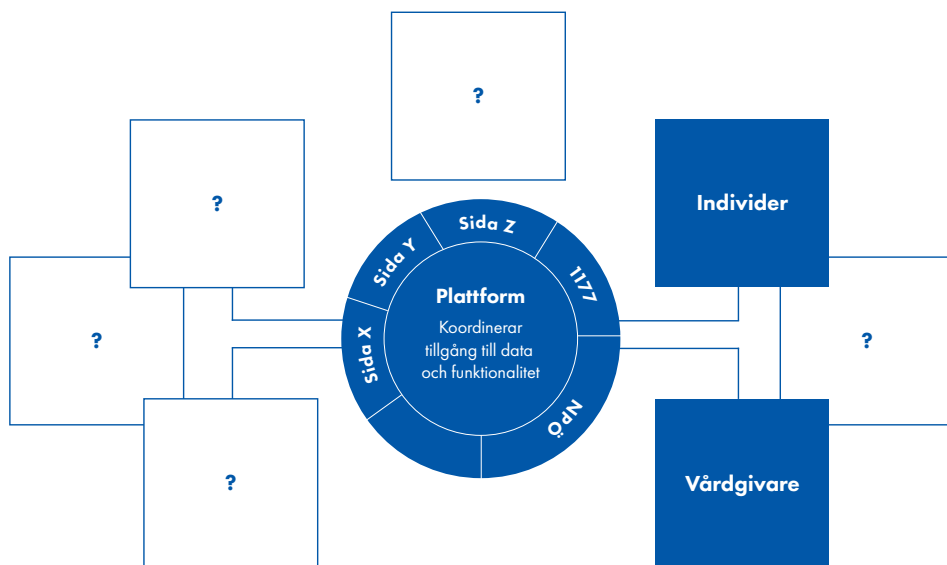
Många tror att artificiell intelligens (AI) kommer att spela en större roll i framtidens uppföljningssystem. AI kan definieras som "förmågan hos en maskin att utföra kognitiva funktioner som vi associerar med den mänskliga hjärnan, till exempel uppfatta, resonera, lära sig, interagera med omgivningen, lösa problem, ta beslut, och t.o.m. att påvisa kreativitet" (Rai et al., 2019). Att låta datorer hitta samband och mönster är attraktivt, inte minst i relation till det begränsade lärande som idag sker på basis av den hälso- och vårdrelaterade data som finns. Däremot finns det utmaningar på vägen dit.⁶

För det första är tillgången till stora mängder data en förutsättning för att datorerna ska kunna upptäcka nya samband. För det andra krävs (human) kompetens och investeringar för att göra data användbar för AI, och för att göra AI-baserade tjänster tillgängliga och användbara för olika aktörer. Tillgänglighet räcker inte, utan data måste filtreras, översättas, göras kompatibel och relevant. Här kan vi inte förvänta oss att en enskild aktör ska göra allting själv. I gruppen diskuterade vi i vilken utsträckning vi kan se att gamla och nya aktörer börjar se på sina roller mer som delar i ett större ekosystem och noterade att sådana tecken kan skönjas.

Digitala ekosystem och digitala plattformar

Managementforskningen argumenterar för att ekosystem uppstår och behövs i sektorer där aktörer tillhandahåller komplementära innovationer, produkter och tjänster, och där det krävs en specifik gemensam struktur av relationer och samstämmighet (alignment) för att skapa värde (t.ex. Jacobides et al., 2018). Sådana ekosystem kan exempelvis koordineras via digitala plattformar. Via en digital plattform kan ett stort antal aktörer samverka och dela på resurser (information, kod, standarder och överenskommelser) för att skapa ett bättre "totalerbjudande" till slutkunden. Figur 3.6 visar hur en plattform kan ses som en gemensam resurs som koordinerar dataflöden mellan olika aktörer i ett ekosystem. Patienter eller medborgare är här en grupp av många användare. Andra tänkbara användare är olika målgrupper inom läkemedelsindustrin, akademien, myndigheter och e-tjänsteutvecklare.

⁶ Vi avgränsar oss här från de mer långsiktiga riskerna som är förbundna med AI, även om de är viktiga. Exempelvis diskuterar litteraturen att AI tenderar att dölja uträkningar, vilket kan leda till diskriminering och dominans och marginalisering av olika intressen. Se t.ex. O'Neil (2017); Russel et al. (2015).



Figur 3.6 Schematisk bild över en digital plattform som en gemensam resurs.

I vårdkontexten kan vi tänka på plattformen på ett icke-tekniskt plan, som de gemensamma ramverk och regler för data/analys-utbyte och data-återanvändning som en aktör på nationell, regional, eller individnivå tillhandahåller. Ur det perspektivet skulle en digital plattform möjliggöra utökad återanvändning och omkombinering av data, och även AI-baserad analys av data. Ytterligare en möjlighet är nya tekniker såsom ”blockchain”, som påstås tillhandahålla säkrare och mer flexibla sätt för individen att upplåta data för lärande (Essén & Eklund, 2019).

Bör vårdens plattformar utökas med fler ”sidor”?

Redan idag finns plattformar som koordinerar datautbyten mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården, som till exempel Inera. Men många utspridda datakällor är fortfarande stängda och dåligt ihopkopplade. Många svenska initiativ att göra data mer tillgänglig har fallerat eller stannat av, till exempel eHälsomyndighetens arbete med det personliga hälsokontot Hälsa för mig, och Socialstyrelsens försök att utveckla ett process-id för att följa hela vårdförlopp. Men som sagt, att bara göra data mer tillgänglig är heller inte relevant. Det behövs även aktörer som utvecklar gränssnitt som gör data mer sökbar, användbar och återanvändbar – för olika målgrupper, för olika beslut, i olika situationer.

Ett tema som diskuterades under seminarieserien är just vikten av att tänka på vilken data som är relevant för olika målgrupper. Att tänka på detta i termer av utveckling av olika gränssnitt eller "sidor" av en plattform kan vara en väg framåt. Plattformarna kan vara regionala, nationella eller globala. Poängen med att ha större spännvidd är att vissa användare (t.ex. tjänsteutvecklare) kan attraheras till sådana plattformar då de kan erbjuda skalfördelar och en större användarmassa att testa tjänster på och lära av. Ju fler användare, desto fler tjänsteutvecklare, och vice versa (i litteraturen talar man om nätverkseffekter (Autio et al., 2013)).

Att komma överens om regler

Deltagarna diskuterade också frågan om vem som bör driva utvecklingen av en plattform som möjliggör återanvändning av data och kod. Nationella aktörer som Inera och SKR gör stora insatser – men kanske behövs ytterligare initiativ. Inte minst för att skapa mötesplatser mellan den IT-utvecklingskompetens som finns bland healthtech-bolag å ena sidan, data från läkemedelsindustrin och forskningen, och den medicinska kompetens och erfarenhet som finns hos vårdpersonal, patienter och individer som vill hålla sig friska.

En väg framåt skulle kunna vara att olika målgrupper försöker ena sig sinsemellan och komma med en gemensam förfrågan om vilka olika datakällor man skulle vilja ha tillgång till. Idag ger varken patienter, professionerna eller läkemedelsindustrin något enat svar på hur man skulle vilja använda data inom respektive grupp, vilket gör det svårt för nationella aktörer att veta exakt vad det är de ska skapa förutsättningar för. Ett förslag var att Digitaliseringsmyndigheten borde begära ett enat utlåtande från vårdens olika stakeholders om vad man har för önskemål från sin sida. Det skulle tvinga fram konstruktiva diskussioner *inom* de olika grupperna om vad man vill, snarare än den tendens vi ser idag: att alla pekar på att någon annan borde peka med hela handen, utan att klargöra vem någon är och vad det är handen ska peka på.

Viktigt blir samtidigt att utgå ifrån att aktörer har olika behov kopplat till olika arbetsuppgifter och verksamheter. Generella diskussioner om att öppna upp data blir därför mindre konstruktiva än specifika diskussioner om exakt vilka data olika aktörer skulle kunna upplåta för lärande, vilka aggregerade data eller vilken kod olika aktörer skulle vilja ha ett gränssnitt gentemot, lära av, och bygga vidare på, och hur värdet som skapas distribueras (jfr. Yoo et al., 2012). En möjlig åtgärd skulle kunna vara att alla aktörer (patienter, start-ups, offentliga vårdgivare, regioner, läkemedelsindustrin o.s.v.) beskriver hur ens roll skulle kunna utformas i ekosystemet, vilket även inkluderar hur man kan komplettera varandra (Adner, 2017; Jacobides et al., 2018).

Idag gör många samma sak, men det finns också områden där ingen gör något. Samma aktörer är aktiva, andra är, eller förutsätts vara, inaktiva (patienter, aktörer utanför den traditionella vårdsektorn). Fokusgruppen var enig om att vi behöver tänka mer på hur olika typer av aktörer, till exempel små vs. stora regioner, nya tech-bolag, patientnätverk, och sportiga hälsofreaks kan spela olika roller i en större helhet.

Utmaningen att göra data användbar försvinner inte i den digitala världen

Även med digital teknik kvarstår dock de utmaningar och problem med mätning och datadrivet lärande som tidigare nämnts. Även sensorbaserad mätning som analyseras med AI kan vara reaktiv, och påverka dem som mäts på mer eller mindre ändamålsenliga sätt. Visst är det lättare att samla in och analysera data med hjälp av digital teknik och AI, men utmaningen att bedöma vad som är relevant blir än mer central. Inte minst då urvalet och analysen av data blir mer dold med kodbaserade tekniker som exekveras i bakgrunden. Vad händer då med insynen i vad som mäts och varför? Möjligheterna att samla in data med allt billigare medel löser inte problemet att hitta relevanta sätt att använda och dela den.

Frågan är hur vi kan applicera dessa insikter från forskningen och våra fokusgruppsdiskussioner för att åstadkomma lärande i framtiden, för att få mätsystem och data som används och för att snabba på utvecklingen av infrastruktur som gör det möjligt för fler aktörer att bidra med och använda data i hälso- och sjukvården, i olika situationer. Vi vill att någon ska ta ansvar för att investeringarna ger effekt och samtidigt minimera risken för att mätningarna blir självuppfyllande eller för att data ignoreras.

En väg framåt som vi pekat på är att vi behöver bli bättre på att analysera de mätsystem vi har och – om de inte används – ifrågasätta antagandena bakom systemen. Innehåller systemen inte relevant data? Lär vi oss verkligen något av de system vi har? Diskussionerna i gruppen tyder på att många system innehåller data som bekräftar det vi vet snarare än påvisar uppgifter som förvånar oss. Här kan artificiell intelligens (AI) bidra i framtiden. Det kräver dock att vi skiftar om resurser från att bevara dagens system till en investering i plattformar som gör det möjligt att koppla ihop fler datakällor, men som också skapar relationer mellan fler aktörer. Och att någon (eller kanske flera?) av dessa emellanåt vågar sig på att ta rollen som the devil's advocate och trouble maker (Alvesson & Spicer, 2016).

Referenser

- Adner R. (2017) Ecosystem as Structure: An Actionable Construct for Strategy. *Journal of Management* Vol. 43 No. 1, January 2017 39–58.
- Alvesson, M. (1990) Organization: From substance to image? *Organization Studies*, 11, 373–394.
- Alvesson, M. (2013) *The Triumph of Emptiness*. Oxford: Oxford University Press.
- Alvesson, M., & Spicer, A. (2012) A stupidity-based theory of organizations. *Journal of Management Studies*, 49, 1194–1220.
- Alvesson, M., and Spicer, A. (2016) *The stupidity paradox: The power and pitfalls of functional stupidity at work*. London, UK: Profile.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008) Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Theory and Research* 18:543–571.
- Argyris, C. (1991) Teaching smart people how to learn. May–June 1991 issue of Harvard Business Review. Tillgänglig via: <https://hbr.org/1991/05/teaching-smart-people-how-to-learn>
- Autio, E., & Thomas, Llewellyn, D. W. (2013) Innovation ecosystems: Implications for innovation management. In M. Dodgson, N. Philips, & D. M. Gann (Eds.), *The Oxford Handbook of Innovation Management* (pp. 204–228). Oxford: Oxford University Press.
- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. University of Chicago Press ed.
- Berwick, D. M., James, B., & Coye, M. (2003) Connections Between Quality Measurement and Improvement Measures of Results: The Performance of Pathway I: Improvement Through. *Medical Care*, 41(1), 30–38.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008) The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769.
- Bevan, G. & Hood, C. (2006) What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 84: 517–538.
- Brunsson, K. (1998) Non-learning organizations. *Scandinavian Journal of Management*, 14, 421–432.

- Campbell, Donald T. (1957) Factors Relevant to the Validity of Experiments in Social Settings. *Psychological Bulletin* 54:297–312.
- De Bont, A. & Grit, K. (2012) Unexpected advantages of less accurate performance measurements. How simple prescription data works in a complex setting regarding the use of medications. *Public Administration*, 90: 497-510.
- Espeland, W. & Sauder, M. (2007) Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds. *American Journal of Sociology*, Volume 113 Number 1 (July 2007): 1–40.
- Espeland, W. N. & Stevens, M. (1998) Commensuration as a social process. *Annual Review of Sociology*, 24, 313e343.
- Espeland, W. N. & Stevens, M. (2008) A sociology of quantification. *European Journal of Sociology*, 49 (3), 401e436.
- Essén, A. & Eklund (2019) Centralization and Decentralization in Blockchains for Health Information Exchange. Chapter forthcoming in anthology edited by Teigland, R. & Larsson, A. Routledge.
- Essén, A. & Lindblad, S. (2013) Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Social Science & Medicine*. Vol 93, 203-11.
- Essén, A. & Oborn, E. (2017) The performativity of numbers in chronic care: the case of Swedish rheumatology. *Social Science & Medicine* (ABS: 4), Vol 184, July, 134-143.
- Essén, A. & Sauder, M. (2016) The evolution of weak standards: The case of the Swedish rheumatology quality registry. *Sociology of Health and Illness*, 39, 4, 513–531.
- Feldman, M. S. & March, J. G. (1981) Information in organizations as signal and symbol. *Administrative Science Quarterly*, 26: 171–186.
- Foucault, M. (1997) *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Pantheon Books.
- Jacobides, M. G., Cennamo, C., Gawer, A. (2018) Towards a theory of ecosystems. *Strategic Management Journal*. DOI: 10.1002/smj.2904
- Jones, M. (2019) What we talk about when we talk about (big) data. *Journal of Strategic Information Systems* 28, 3-16.
- Katz, J. (1983) *A Theory of Qualitative Methodology: The Social System of Analytic Fieldwork*. Taylor & Francis.

- Kitchin, R. (2014a) *The Data Revolution: Big Data, Open Data, Data Infrastructures and Their Consequences*. SAGE, London.
- Kitchin, R. (2014b) Big data, new epistemologies and paradigm shifts. *Big Data Sociology*, 1 (1) 2053951714528481.
- Knudsen, M. (2011) Forms of inattentiveness: The production of blindness in the development of a technology for the observation of quality in health services. *Organization Studies*, 32, 963–989.
- Meyer, J., & Rowan, B. (1977) Institutionalized organizations: Formal structures as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340–363.
- Porter, T. (1995) *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton University Press.
- Rai, A., Constantinides, P., Sarker, S. (2019) Next-Generation Digital Platforms: Toward Human–AI Hybrids. *MIS Quarterly* Vol. 43 No. 1 pp. iii-ix/March 2019.
- Riksrevisionen (2013) *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?* RiR 2013:20.
- Roethlisberger F.J., Dickson W. (1939) *Management and the Worker*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Sauder, M., and W. N. Espeland. (2009) The discipline of rankings: tight coupling and organizational change. *American Sociological Review* 74 (1):63-82.
- Yoo, Y., Boland, R. J., Lyytinen, K., & Majchrzak, A. (2012) Organizing for Innovation in the Digitized World. *Organization Science*, 23(5), 13–32.

Kompetens

Christian Gadolin

Frågor om kompetensförsörjning tenderar att handla om möjligheter att utbilda, rekrytera och behålla medarbete med rätt kompetens. Mediarapportering om sparbetning med uppsägningar och anställningsstopp i flera regioner visar också att det handlar om att ha råd med den kompetens som behövs. Men frågan är ännu bredare och mer komplex än så. Nya krav ställs på utveckling av vårdpersonalens kompetenser. Att arbeta personcentrerat, att vara à jour med digitaliseringen och involverad i det kontinuerliga förbättringsarbetet är exempel på komponenter som kan utgöra utmaningar för den enskilde yrkesutövaren. Fler legitimerade yrken med nya kompetenser, såväl som för vården och omsorgen helt nya yrkesgrupper, har också skapat nya utmaningar för interprofessionell samverkan. Att se sin roll som en del i ett större organisations- och systemperspektiv har aldrig varit viktigare. Frågan om kompetens berör alltså både vårdens kompetensförsörjning men också på vilket sätt nuvarande kompetenser bäst ska tas tillvara, hur de behöver utvecklas och samverka. I LHC:s fokusgrupp om ”Kompetens” har vi diskuterat begreppet utifrån dessa infallsvinklar och perspektiv.

Kompetensförsörjning – vad är det som behövs?

Kompetensförsörjning inom vård och omsorg är ett mycket aktuellt ämne. Så aktuellt att det har beskrivits som ”en av de största utmaningarna som möter arbetsgivare inom vård och omsorg” (SOU 2019:20, s. 133) och föreslagits av myndigheter som ett område där ytterligare stark nationell samordning krävs (Socialstyrelsen & UKÄ, 2019). När kompetensförsörjningen i vård och omsorg diskuteras i den offentliga debatten handlar det ofta om vikten av att behålla den personal som redan finns i systemet, alltså att behålla de anställda som redan arbetar inom sektorn. Oron för att vårdpersonal ska lämna yrket och

söka sig till andra arbetsgivare är inte obefogad, då stora delar av dem har funderat på att göra just det (Gunnarsson, 2019; Vårdförbundet, 2019). Andra utmaningar som ofta nämns är vikten av att utbilda människor med ”rätt” typ av kompetens, delvis för att möjliggöra rätt kompetensmix i vården men också för att förhindra framtida brister på viss typ av personal (IVO, 2017; SCB, 2018; Socialstyrelsen 2019). I mindre omfattning handlar diskussionen om att ifrågasätta vad som är ”rätt” och kommer att vara rätt kompetenser i framtiden, och hur behovet av kompetens kan förväntas att förändras på grund av exempelvis medicinsk och teknologisk utveckling.

Vikten av att lyfta kompetensförsörjningen i vård och omsorg som en viktig fråga har stöd i forskningen. Det har sedan flera decennier tillbaka konstaterats att det råder internationell brist på personal inom sektorn (Izzo & Withers, 2002). Delvis så förklaras denna brist med att anställda idag ställer högre krav på sin arbetsgivare än man tidigare gjort, samtidigt som de krav som ställs på de vårdprofessionella har blivit allt högre (ibid.). Bilden av att kraven på vårdpersonalen höjs stöds av det faktum att den mentala ohälsan har blivit allt mer utbredd (O’ Keeffe et al., 2015). I en internationell kontext så förefaller sjuksköterskor vara den yrkesgrupp som är svårast att både hålla kvar i och rekrytera till vården. Det har uppmärksammats att fenomen som utbrändhet och brist på arbetstillfredsställelse verkar vara särskilt utbredda bland just sjuksköterskor (t.ex. Almada et al., 2004, Weberg, 2010; Aamir et al., 2016; Johnson et al., 2016). Även i Sverige nämns ofta orsaker som dålig arbetsmiljö, utbrändhet och svaga chefer som orsak till att fler lämnar yrket (Börjesson, 2018; Roos & Lindberg, 2018). I regioner där vårdköerna har ökat påtalas dessutom ofta bristen på sjuksköterskor som en av orsakerna; likaså hävdas att det leder till patientsäkerhetsrisker (Örstadius, 2018). Det finns alltså grund för reflektion både kring vårdpersonalens arbetssituation och hur den påverkar förutsättningarna att behålla dem i yrket, men också kring mer systematiska effekter av de upplevda bristerna.

Även om bristen på arbetskraft inom vård och omsorg kan förvärras av att yrkesverksamma väljer att lämna sitt yrke, så bedöms de största prognostiserade underskotten på personal bero på att för få utbildas i relation till demografiska utmaningar som främst gäller en åldrande och större befolkning (Fujisawa & Colombo, 2009; SCB, 2017). I Sverige så beräknas det saknas 160 000 personer med vård- och omsorgsutbildning år 2035 (SCB, 2015). Det gäller traditionella vårdprofessioner såsom läkare och specialistsjuksköterskor, men också andra yrken såsom biomedicinska analytiker, tandhygienister och audionomer (SCB, 2018; UKÄ, 2019). Förutom för få utbildningsplatser så nämns även lågt söktryck och låga examenstal på vissa vårdutbildningar som möjliga orsaker (UKÄ, 2019).

Statistiken talar sitt tydliga språk, samtidigt som den sedan länge uppmärksammat bristen på personal inom vård och omsorg förefaller ge uttryck för en permanent obalans där tillgången på utbildad personal aldrig kan möta efterfrågan (OECD, 2016). I sammanhanget spelar det stor roll hur siffrorna beräknas – utifrån ett ”allt annat lika”-scenario där vård och omsorg i framtiden bedrivs på samma sätt som idag, eller med hänsyn till pågående medicinsk och teknologisk utveckling som till viss del kan minska behovet av vårdpersonal i framtiden. Andra fenomen kanske ökar behovet framöver, såsom möjligheterna till behandling av alltfler tillstånd, och patienternas höjda förväntningar. Detta var frågor som togs vidare i fokusgruppens diskussioner.

En uppfattning kring begreppet ”kompetensförsörjning” som många i gruppen delade var att det är otillräckligt att arbeta utifrån hypotesen att framtidens behov av kompetens kan förutses genom att utgå enbart från demografiska data och projektioner. Det krävs kompetenser som kan möta den utveckling som sker inom vården, och därmed kan man inte ta förgivet att samma mängd av en viss kompetens/yrkesgrupp är önskvärd i framtiden. Resonemanget får stöd av OECD (Ono et al., 2013) som kritiserar att planering av framtida behov av hälso- och sjukvårdspersonal traditionellt sett är starkt förknippat med analys av demografiska data och hur mycket mer personal som behövs för att möta en åldrande befolkning. På utbudssidan så har projektion av framtida antal personer som jobbar i vård och omsorg främst baserats på nuvarande personals åldersstrukturer med huvudfokus att utvärdera behovet av att ersätta dem vid kommande pensionsavgångar. På efterfrågesidan så har modellerna främst utgått ifrån nuvarande personalstrukturer, och alltså tagit förgivet att nuvarande kompetenser är de som även kommer krävas framgent. Fokusgruppen trycker på att det här sättet att förstå och ta sig an kompetensförsörjning i vården är undermåligt och inte gynnar vare sig vårdens utveckling eller att vårdens resurser används på bästa sätt.

Kompetensmix och nya kompetenser i vården

Fokusgruppens resonemang om kompetensförsörjning speglas väl i de utmaningar som beskrivits i mer övergripande utredningar om vårdens utvecklingsbehov. Exempelvis så tydliggörs det i Göran Stiernstedts utredning ”Effektiv vård” (SOU 2016:2) att utan rätt kompetensmix i vården så skapas inte förutsättningar för att vården ska bedrivas på ett så bra sätt som möjligt. I utredningen beskrivs några av de effekter som brister i vårdens kompetensmix har genererat, bland annat i fråga om hur arbetsuppgifter fördelas mellan olika yrkesgrupper. Exempelvis så påtalas det att ett minskat antal undersköterskor

har medfört ökad belastning på sjuksköterskor att utföra basala omvårdnadsinsatser. Ytterligare ett exempel är att antalet specialister i allmänmedicin inte har ökat lika snabbt som läkare inom övriga specialiteter, vilket anses ha lett till svårigheter att bemanna primärvården.

I en närliggande diskussion resonerar fokusgruppen att den upplevda kompetensbristen i vården delvis kan förklaras genom att rätt personer inte alltid gör rätt saker. Fokusgruppens resonemang finner stöd i forskningen som visar att vårdpersonal ofta tar sig an arbetsuppgifter som egentligen inte gynnas av att utföras av någon med deras specifika kompetens (Scott et al., 2014). Även SKL (2018) trycker på vikten av att arbetsgivare behöver bli bättre på att använda medarbetarnas kompetens rätt. Kompetensförsörjningen i vården handlar således inte bara om kvantiteter eller absoluta siffror resonerar gruppen, utan även om hur kompetenser tas tillvara på bästa sätt. Här uppkommer även frågan hur ”rätt kompetens” ska bedömas. Inom vården lägger man stor vikt vid att definiera arbetsuppgifterna för olika yrkesgrupper baserat på legitimation, medan de flesta andra branscher tillämpar en mer individbaserad och flexibel bedömning av vad som är lämpliga arbetsuppgifter för en viss person. Här finns behov av en utvecklad diskussion kring möjligheter och risker inom vården.

Dock är det inte bara mixen och nyttjandet av nuvarande kompetenser som är viktig för vårdens kompetensförsörjning. Det krävs också att man sörjer för framtida behövd kompetens, för att säkerställa att vården står rustad för att möta de förändringar som sektorn står inför. Deltagarna i fokusgruppen trycker på att rekrytering utifrån dagens bild av vilka yrkesgrupper som redan finns, och behövs i större antal, är en dålig strategi för att möta morgondagens utmaningar och kompetensbehov. Även om ökande kostnader och demografiska förändringar är stora utmaningar som vården måste ta sig an, så finns det flera stora utvecklingstendenser som kommer att få stort genomslag på vilka kompetenser som behövs i vården (jfr. Yeganeh, 2019). Internationellt förväntas vi se en förändring av sjukdomsbilden, där icke-smittbara sjukdomar bland äldre och vuxna blir vanligare, men också en ökad global risk för pandemier. Även läkemedels- och medicinteknisk utveckling, där bland annat nano-medicin och robotteknik förväntas bli omvälvande, kommer sannolikt att kräva mer av icke-medicinska kompetenser i vården. I en aktuell rapport från NHS görs till exempel bedömningen att 80 procent av arbetskraften inom hälso- och sjukvården år 2040 behöver kunna behärska teknik för telemedicin, automatiserad bildtolkning med hjälp av AI, bärbar teknik för diagnostik och fjärrövervakning och teknik för att kunna läsa arvs massa m.m. (NHS, 2019). Fokusgruppen är ense om att dessa trender och transformationer måste tas i beaktande när framtida kompetensbehov kartläggs.

”Arbetet med att bemanna framtidens sjukvård behöver starta idag” är en paroll som återkommer. En sådan bemanningsstrategi behöver ta språng ur de förändringstrender vi ser i vård och omsorg men också de förändringar som behöver komma till stånd för att säkerställa en hållbar hantering av begränsade resurser. Det innefattar inte bara att specificera vilka yrken som behövs utan också att i högre grad beakta hur olika kompetenser kan samverka, och inte minst hur patientens egna kompetenser kan tas tillvara på bästa sätt. Vi återkommer till detta nedan.

Yrkeskompetens och -skicklighet

Framtidens vårdutmaningar kan inte lösas enbart genom att ta in nyanställda, utan även nuvarande vårdpersonals kompetenser behöver utvecklas för att möta kommande utmaningar och förändringar. Det finns flera indikationer på att vårdprofessionella inte är tillräckligt förberedda – varken genom sin grundutbildning eller tillgänglig fortbildning – att hantera de förändringar som sker och har skett i vården och hos patientpopulationen på senare tid (IOM, 2003; Jungnickel et al., 2009; Meretoja & Koponen, 2012; Morris et al., 2013; Boykins, 2014). Vårdpersonal ger själva ofta uttryck för att de upplever en diskrepans mellan innehållet i deras utbildning och det jobb som de faktiskt förväntas utföra i praktiken (Frenk et al., 2010). Om det senare beror på brister i utbildningarnas innehåll, eller snarare på att man på utbildningarna faktiskt lär sig nyare rön och arbetsmetoder, medan sjukvården lever kvar i en äldre verklighet, är en öppen fråga som vi får anledning att återkomma till.

Behov av nya kompetenser

Hursomhelst kräver utvecklingen att hälso- och sjukvårdspersonal tar sig an nya roller och sätt att arbeta, och för det behöver enskilda yrkesutövares yrkeskunnande och -skicklighet kompletteras med nya och utökade kompetenser. Det finns flera försök att definiera vilka kompetenser det rör sig om och vad de bör innehålla. Bland andra har Institute of Medicine (IOM, 2003, s. 45) presenterat följande idealbild för att beskriva den kompetensprofil som de anser att all kliniskt verksam personal i hälso- och sjukvården bör svara upp mot:

All health professionals should be educated to deliver patient-centered care as members of an interdisciplinary team, emphasizing evidence-based practice, quality improvement approaches, and informatics.

Beskrivningen innehåller en mer förfinad uppdelning av de nyckelkompetenserna som kan ses som centrala för vårdens alla professioner i en modern hälso- och sjukvård. Alla kliniskt verksamma vårdprofessioner bör, enligt ovannämnda beskrivning, besitta följande fem kompetenser:

- **Ge patientcentrerad vård**

Innebär att man identifierar, respekterar och tar hänsyn till patienters olikheter, värderingar, preferenser och uttryckta behov.

- **Arbeta i interdisciplinära team**

Innefattar att man kan samarbeta, samverka, kommunicera och integrera vård i teamarbete för att säkerställa att den vård som ges är kontinuerlig och tillförlitlig.

- **Främja evidensbaserad praktik**

Betyder att man integrerar främsta tillgängliga forskning med klinisk erfarenhet samt patientens värderingar för att ge bästa möjliga vård, samtidigt som man deltar i lärande- och utvecklingsaktiviteter.

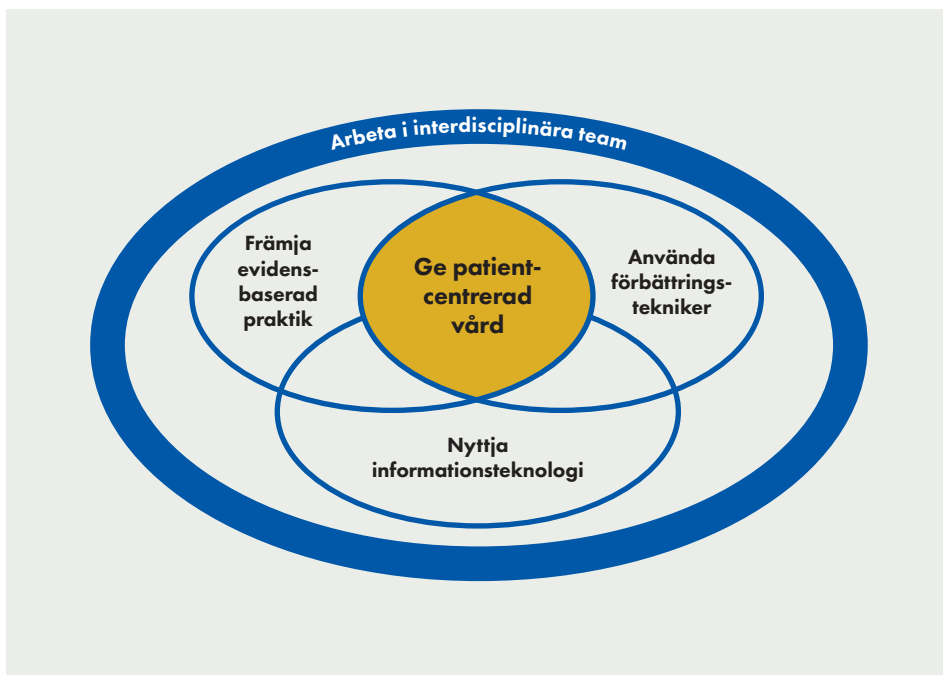
- **Använda förbättringstekniker**

Innefattar bland annat att kunna identifiera fel och risker i den vård som ges och att förstå och implementera grundläggande principer för att säkerställa säker vård.

- **Nyttja informationsteknologi**

Innebär att man kan kommunicera, hantera kunskap, undvika fel och stödja beslutsfattande med hjälp av informationsteknologi.

Sammantaget är det tämligen många och breda kompetenser som IOM anser att den kliniskt verksamma personalen i hälso- och sjukvården behöver besitta. IOM beskriver också kompetensernas ömsesidiga beroenden och överlappningar, där främjandet av evidensbaserad praktik, förbättringstekniker och informationsteknologi möts i skapandet av patientcentrerad vård samtidigt som arbetet i interdisciplinära team omsluter samtliga kompetenser (se figur 4.1 på nästa sida).

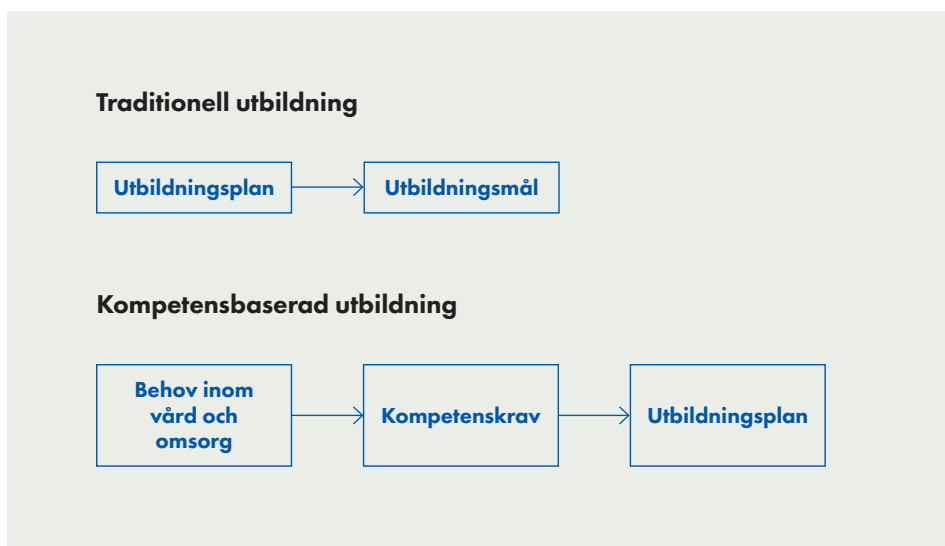


Figur 4.1: Ömsesidiga beroenden och överlappningar mellan kärnkompetenser i vården.
 Källa: Institute of Medicine, 2003, egen bearbetning.

Behovet av att arbeta ”patientcentrerat” diskuterades ingående av fokusgruppen som uttryckte att begreppet ofta är ambivalent ute i verksamheterna gällande både definition och innehåll. En tydligare samstämmighet kring vad begreppet betyder – och kan betyda i olika kontexter – kan vara en väg framåt för att både precisera hur man de facto kan arbeta patientcentrerat men också för att klargöra vilka kompetenser som krävs för att främja ett sådant arbetssätt. Fokusgruppen lyfter också att vad som menas med ”patientcentrerad” kan skilja sig från profession till profession – något som behöver beaktas i operativ verksamhet. Möjligheten för den enskilda yrkesutövaren att arbeta patientcentrerat lyfts också av fokusgruppen. En viktig problematik att ta hänsyn till är att flertalet variabler som möjliggör patientcentrerad ligger utanför den enskilda yrkesutövarens kontroll. Exempelvis så begränsar ofta bemanning, platstillgång och övergripande policys många av de åtgärder som enskilda yrkesutövare kan använda för att verka patientcentrerat.

Fokusgruppen lyfter även den spänning, eller paradox, som ofta återfinns i offentlig sjukvård; där en enskild patients önskan och behov kan ställas emot uppdraget att ha en budget i balans där populationens behov av vård tillgodoses på bästa möjliga sätt betingat budgetunderlaget.

Även Frenk et al. (2010) lyfter problematiken kring kompetensbrist hos hälso- och sjukvårdspersonal när de konstaterar att vårdsektorn globalt inte kan möta nuvarande utmaningar på ett tillfredställande sätt, samtidigt som den står illa rustad för framtida utveckling. En trolig orsak, enligt författarna, är trögheten som finns inbyggd i de institutioner som står bakom utbildningen av professioner i hälso- och sjukvården. Det kan skapa svårigheter i att förändra läroplaner och anpassa utbildningarna till de faktiska krav som ställs på både nyutbildade och kliniskt verksam personal. Istället för att fokusera på att bevaka professionella revir och traditioner, som man upplever att nuvarande utbildning har fastnat i, så föreslår forskarna att utbildningen i högre grad bör vara inriktad på att lära ut specifika kompetenser. För att möjliggöra en sådan utveckling föreslår de något man kallar ”tredje generationens utbildningsreform” som karaktäriseras av att den är ”kompetensbaserad”. Till skillnad från nuvarande utbildningssystem, som utgår ifrån utbildningsplaner för att sedan konstruera utbildningsmål, så utgår den kompetensbaserade modellen ifrån vilka krav som finns inom vård- och omsorg för att ta reda på vilka kompetens som behövs, vilka sedermera även får utgöra grunden för utbildningsplaner (se figur 4.2).



Figur 4.2: Traditionell vs. kompetensbaserad utbildning. Källa: Frenk et al., 2010, egen bearbetning.

Behov av att ta tillvara individuella kompetenser

En annan dimension som lyfts av fokusgruppen är vikten av att förstå kompetenser på ett mer nyanserat sätt. Gruppen menar att det krävs strukturer, rutiner, men framför allt medvetenhet kring att ta tillvara individuell kompetens och erfarenhet i större utsträckning än vad som görs inom vården idag. I ett system som främst bygger på standardisering av yrkesgrupper via legitimering är det ofta problematiskt att ta tillvara medarbetare vars individuella kompetenser går bortom den standardisering som finns, resonerar gruppen. Legitimeringen utgör ett fundament för formell kompetens, men därutöver så kommer varje individ att utveckla nya kunskaper och färdigheter under sitt yrkesliv. Man behöver göra tydligare skillnad mellan begreppen kompetens, skicklighet och erfarenhet, menar gruppen. Diskussionen kring kompetensbehovet i vården behöver också nyanseras och göra skillnad mellan personalresurser i form av antal anställda i olika yrkeskategorier och den kvalitativa kompetensen som de anställda besitter.

En företeelse som tangerar fokusgruppens diskussion om behovet av att nyansera begreppet kompetens i vården är ”task shifting”. Task shifting definierades av WHO för mer än ett årtionde sedan som “the rational re-distribution of tasks among health workforce teams” (WHO, 2008, s. 81). Genom task shifting vill man utmana traditionella roller och rutiner genom att ställa frågorna ”är arbetsfördelningen i hälso- och sjukvården lämplig?” och ”finns det uppgifter som görs av vissa yrkesgrupper som – med gynnsamt utfall – kan göras av andra professioner, av patienten eller med hjälp av tekniska hjälpmedel?” (European Commission, 2019). På så vis innebär task shifting ett ifrågasättande av de invanda mönster som finns i vården gällande vem som gör vad, men också varför uppgifter genomförs. Behovet av task shifting härrör ifrån samma utmaningar, trender och förändringar som tidigare diskuterats i kapitlet men har ett annat angreppssätt för att möta dem. Sibbald et al. (2004) presenterar följande modell för hur task shifting kan ta sig uttryck i vårdens praktik:

CHANGING ROLES	
<i>Enhancement</i>	Increasing the depth of the job by extending the role or skills of a particular group of workers
<i>Substitution/delegation</i>	Exchanging one type of work from one profession to another profession, breaking traditional professional divides
<i>Innovation</i>	Creating new jobs by introducing a new type of worker (or technology)

Figur 4.3 Klassificering av förändringar i kompetensmix. Källa: Sibbald et al., 2004.

Således innehåller task shifting tre praktiska angreppssätt. Det första handlar om att fördjupa och förbättra kunskaper eller förmågor hos vissa yrkeskategorier. Det andra innebär att man byter arbetsuppgifter mellan professionerna medan det tredje berör hur man introducerar nya kategorier av personal eller ny teknik i vården. Fokusgruppen är positiva till angreppssättet och menar att det finns flera uppgifter inom vården där det skulle kunna appliceras framgångsrikt. Dock så får inte ”task shifting” reduceras till en fråga om ”vem kan göra arbetsuppgiften billigast?” eller ”vem är på plats just nu?”. Task shifting kräver att arbetsuppgiften utförs av någon som besitter rätt kompetens samtidigt som det kräver öppenhet för hur kompetens förvärvas och bedöms. Således krävs det andra och mer individualiserade principer för fördelning av uppgifter till medarbetare, som via erfarenhet och fortbildning har erhållit kunskaper som går bortom dem som föreskrivs via legitimeringen.

Kompetens för förbättrings- och kvalitetsarbete

Förbättringsarbete, ofta ävenbenämnt förbättrings- och kvalitetsarbete, har kommit att bli en central del i utvecklingen av vård och omsorg (Chassin & Galvin, 1998; Bevan, 2010; Chassin et al., 2010, Gadolin, 2017). Som tidigare nämnts så anses kompetens för förbättringsarbete vara viktig för vårdpersonal i allmänhet att besitta (IOM, 2003). Vad styrande organ menar med detta går att utläsa i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (Socialstyrelsen, 2011) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utgångspunkten är att föreskrifterna ska ”tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet” (s. 3) i berörda verksamheter. Socialstyrelsen ålägger berörda verksamheter att fortlöpande bedöma om det finns risker för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Om det under den fortlöpande bedömningen identifieras allvarliga risker så ska verksamheten vidta åtgärder för att säkra kvaliteten. Vad som menas med kvalitet definieras i föreskrifterna som att ”verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter” (s. 4).

Aktivt deltagande av vårdens medarbetare i förbättringsarbete har identifierats som centralt i forskning (Eriksson et al., 2016; Gadolin, 2018) men understryks också i Socialstyrelsens föreskrifter. I Region Östergötlands riktlinjer (2019) kring innehållet i kvalitetsarbete så konkretiserar man även vad det är för typ av kompetens som personalen behöver besitta för att initiera, fullfölja och delta i förbättringsarbete. Det personalen behöver kunna, enligt denna lokala föreskrift, är att:

- Identifiera problem
- Ta reda på hur det borde vara
- Göra en plan för hur man ska ta sig dit
- Värdera risken för eventuella oönskade konsekvenser
- Genomföra förändringen
- Ta reda på om det blev en förbättring
- Se till att förändringen kvarstår

Enligt en sådan beskrivning kan det förefalla tämligen enkelt att bedriva förbättringsarbete i vården. Även om det är flera kompetenser som vårdpersonalen behöver besitta, så framställs processen som logisk och tycks sakna ambivalens. Naturligtvis är så inte fallet – tvärtom så har förbättringsarbete ofta svårt att nå ut i vårdens praktik (Ackroyd et al., 2007).

Olika perspektiv på kvalitet i vården

En av orsakerna till att förbättringsarbete inte alltid når vårdens praktik är att vad som menas med kvalitet i vården, eller vård av hög kvalitet för den delen, inte alls är entydigt. Olika vårdprofessioner har länge haft sina egna perspektiv i frågan (se vidare nedan). Genom introduktionen av New Public Management (NPM) i svensk sjukvård tillfördes dessutom tre nya perspektiv på kvalitet: kundperspektivet, system- och organisationsperspektivet och marknadsperspektivet (Blumenthal, 1996). *Kundperspektivet* har fört in patientundersökningar och andra metoder för att mäta patienternas åsikter om den vård de har fått. Den enskilde patienten har därmed fått betydligt större plats i vården i relation till begreppet kvalitet. *System- och organisationsperspektivet* har utgångspunkten att kvalitet i vården måste utvärderas på en aggregerad nivå i samhället. Således är det inte aspekter kopplat till enskilda patientmöten som avgör vad som är kvalitet, utan huruvida alla patienter får den vård de behöver. Ett annat antagande är att kvalitet i vården hör ihop med effektivitet och således kan mätas genom att bedöma vilka resultat en organisation, till exempel ett sjukhus kan uppnå utifrån begränsade resurser. *Marknadsperspektivet* tar sig i Sverige uttryck genom att man i flera kommuner och regioner har skapat interna kvasimarknader, där ”köpare” ställer både krav och utvärderar köpta tjänster genom standardiserade mått på hur väl den aktör som levererar vården presterar. Olika perspektiv på vad kvalitet är kan inte sällan skapa beslutsdilemman, som exempelvis när en rent medicinskt kvalitetshöjande åtgärd visar sig vara kostnadsdrivande, eller när åtgärder som

upplevs höja kvaliteten för enskilda patienter samtidigt minskar den för andra (digitaliseringen av vården aktualiserar det senare).

Ytterligare en aspekt som försvårar förbättringsarbete är den traditionella förståelsen av kvalitet som är inneboende i vårdens praktik. Den har utgått ifrån professionens, och historiskt sett främst läkarnas, perspektiv på vad kvalitet är. Blumenthal (1996, s. 892) beskriver det klassiska perspektivet på kvalitet i vården som “the attributes and results of care provided by practitioners and received by patients”. Det innebär naturligtvis att vårdprofessionella även kan förstå kvalitet på andra sätt och ur andra perspektiv, men historiskt sett så har det traditionella synsättet i hög grad varit styrande för förbättrings- och kvalitetsarbete i vården. Konsekvenserna av det har studerats av flera forskare och det förefaller vara svårt att få vårdens professioner engagerade och involverade i förbättringsarbete som de inte anser värnar just professionella värden och värderingar (Gadolin & Andersson, 2017). Välutvecklade och konstruktiva arbetsrelationer mellan vårdens alla professioner, förefaller vara centrala för att vårdpersonalen ska engagera sig i förbättringsarbete och inte fastna i olika föreställningar om vad vård av hög kvalitet innefattar (ibid.).

En annan synpunkt som kom upp i fokusgruppen handlar om bristen på andra resurser än kompetens för att förbättringsarbete ska prioriteras och få genomslag, såsom ekonomiska resurser och incitament. Frågan kopplar till den delvis nya styrning som NPM inneburit och som medfört större betoning på ekonomiska incitamentet, med följderna att det arbete som inte aktivt resurssätts i praktiken får en lägre prioritet. Rent kvalitetshöjande arbete såsom förbättringsarbete ingår därmed alltför sällan bland de parametrar som mäts och premieras ekonomiskt i avtalen med vårdgivare.

Implementering uppifrån och ned

Under fokusgruppens diskussioner kopplat till förutsättningarna för enskilda medarbetare att involvera sig i förbättringsarbete, resonerar man att problem med förankring och engagemang brukar uppstå när det uppfattas att förändringsarbete kommer som en pålaga uppifrån, snarare än att (de olika) professionerna är en aktiv part i utformningen. Forskning indikerar att fokusgruppens erfarenheter är representativa och att vårdens medarbetare ofta åläggs utföra förändringsarbete vars former är beslutade högre upp i organisationen (Gadolin, 2017; Gadolin, 2019). Förutom att värdefulla perspektiv går till spillo är det något som också kan hindra att kompetens och kultur kring förändrings- och förbättringsarbete utvecklas som en central och naturlig del av yrkesutövandet utvecklas hos professionerna.

”Det kommer inte finnas kompetenser för något man aldrig får tränas i”, som en av gruppens deltagare uttrycker det.

Fokusgruppen diskuterar även kring förändringsbenägenheten i ett så stort system som vården, samt vårdens förutsättningar för förändring. För att möta framtidens vårdbehov och -utmaningar så krävs det att man frångår gamla tankebanor och gamla system. Om man förutsätter att vård ska bedrivas på det sätt som det görs idag blir ofta huvudlösningen på problemet att mer resurser tillsätts, istället för att göra både nya saker och saker annorlunda. Exempelvis konstaterar gruppen att det sällan diskuteras att verksamheter eller funktioner ska tas bort i vården. Istället handlar det väldigt ofta om att tillföra ytterligare dimensioner i ett redan mycket komplext system. Nära vård är ett exempel, där det verkar lätt att lägga till nya tjänster som t ex mobila team, men mycket svårare att faktiskt spara in motsvarande vårdplatser på sjukhus. Att försöka förbättra genom att ensidigt bygga på och bygga vidare på nuvarande strukturer riskerar dock att nödvändiga strukturella och basala förändringar försvåras ytterligare. Gruppens resonemang finner stöd i forskning, där vårdens komplexitet ofta påtalas som en försvärande omständighet för förändrings- och förbättringsarbete (Plsek & Wilson, 2001; Kernick, 2001; Braithwaite et al., 2018).

Samarbetskompetens som förutsättning för god vård

Samarbete, och särskilt interdisciplinärt sådant, mellan vårdpersonal har kommit att bli allt viktigare. Samarbete organiseras ofta genom multiprofessionella eller interdisciplinära team (Grumbach & Bodenheimer, 2004; Atwal & Caldwell, 2005; West & Lyubovnikova, 2013). Att arbeta i team ses som en nödvändighet i en vård som till sin natur har blivit allt mer specialiserad, vilket innebär att det sällan är en enda person som kan ge vård till en patient (Olupeliyawa et al., 2009). Att konstruktivt kunna samarbeta med andra har därför kommit att bli en central kompetens (IOM, 2003, Lamb et al., 2010).

Till sin utformning består det multiprofessionella teamet av olika individer med olika funktioner och kunskaper som arbetar tillsammans för att nå ett specifikt mål, där tanken är att man genom gemensamma ansträngningar ska kunna leverera bättre tjänster med förbättrad kvalitet, samtidigt som innovation och kreativitet utvecklar tjänsterna (Daspit et al., 2013). Men för att nå dit krävs det att alla i teamet delar en bild av det gemensamma syftet och att enskilda medarbetare är engagerade och involverade i det arbete som teamet skall utföra (ibid). Alla de multipla perspektiv som de olika medarbetarna i teamet

representerar måste också kunna utnyttjas för att teamet faktiskt ska kunna leverera bättre utfall (Gadolin & Wikström, 2016). Fokusgruppen konstaterar att teamarbete är viktigt i vården, men även att andra samarbeten såväl mellan och inom organisatoriska gränser behöver utvecklas och förbättras för att så bra vård som möjligt ska kunna erbjudas. Fokusgruppen resonerar vidare att det finns en tendens att det multiprofessionella teamet framställs som vårdens panacé, utan att nationella initiativ för att inrätta den typen av organisering tar särskilt stor hänsyn till att multiprofessionella samarbeten kan ta sig olika former och behöva anpassas utifrån lokal kontext och utifrån den patientgrupp som vården riktar sig emot.

Varför är samarbete svårt att få till?

Trots populariteten hos multiprofessionellt teamarbete i vården så har forskningen haft svårt att identifiera arbetssätt som faktiskt fungerar på det sätt som litteraturen föreskriver (Payne, 2000; Bower, 2003; Larkin & Callaghan, 2005; Oborn & Dawson, 2010; Mitchell et al., 2011). Orsakerna är flera men bottnar ofta i att multiprofessionellt teamarbete bygger på en tanke om samarbete "mellan likar", vilket kan vara svårt att få till stånd i en verksamhet som innefattar flera tämligen självständiga och hierarkiskt ordnade professioner (Scott et al., 2000; Reay & Hinings, 2009). De invanda strukturerna kan leda till att varje medlem i teamet uppfattas – både av sig själv och av andra i teamet – ha en tydlig, distinkt och avskild roll och funktion i förhållande till teamets andra medlemmar. Under diskussionerna i fokusgruppen så diskuteras innebörden av begreppet "team" och vad teamarbete innebär i ett vårdssammanhang. Frågan "jobbar vi bredvid varandra eller med varandra?" ställs. Flera av fokusgruppsdeltagarna har erfarit välfungerande samarbeten, vilket illustrerar att det inte bara finns svårigheter och utmaningar kopplat till samarbete mellan olika professioner i vården, utan att det också finns goda exempel.

Forskning har dock visat att även om samarbeten kan förefalla som välfungerande och har positiva koordinerande effekter för enskilda yrkesutövares insatser, så fungerar de sällan som forum där kunskapsdomäner möts, bryts och samverkar (Gadolin & Wikström, 2016). Fokusgruppen lyfter att förutsättningar för detta i högre grad behöver skapas genom förändrad organisering och styrning. Idag läggs stor vikt vid att specificera vilka uppgifter som får göras av vem och vilken kompetens det krävs för att få utföra vissa uppgifter. Ytterligare en omständighet som försvårar det multi-professionella teamarbetet är benägenheten att utkräva ansvar hos enskilda individer i vården, snarare än att utkräva ansvar på en team- eller organisationsnivå (Bell et al., 2011; Watcher, 2013).

För den enskilde yrkesutövaren, som kan komma att bli ansvarig för ett beslut som tagits i samverkan med andra, kan samarbete därmed komma att ses som ett risktagande snarare än en möjlighet.

För att olika professioner ska engagera sig i det multiprofessionella teamarbetet så krävs att man ser vinsten av att jobba tillsammans – och för det krävs att teamet ges rätt förutsättningar. Svårigheterna med att få utväxling av multiprofessionella team i vården går inte att förklara enbart genom olika yrkesgruppers samarbetssvårigheter, utan organisationsstrukturer, ersättningsmodeller och styrsystem måste ge utrymme att skapa mervärde tillsammans. Det är också viktigt att notera att flera av de omständigheter som skapar svårigheter för multiprofessionellt teamarbete, även kan påverka möjligheten för vårdpersonalen att framgångsrikt engagera sig i task shifting som diskuterades tidigare.

Vad krävs för kompetenser för att bygga relationer?

Trots att forskningen har haft svårt att finna välfungerande multiprofessionella teamarbeten i vården, så har ansträngningar gjorts för att identifiera vilka kompetenser som krävs hos teamets medarbetare för att det ska fungera så bra som möjligt. Bland annat av Sargeant et al. (2008) som presenterar fem kvaliteter som de hävdar att varje teammedlem måste besitta för att multiprofessionella team ska bli framgångsrika: 1) förståelse och respekt för teammedlemmarnas roller, 2) insikten att teamarbete kräver ansträngning, 3) att man har förståelse för den vård som teamet ska ge, 4) praktiska kunskaper kring hur man bedriver vård tillsammans samt 5) tydlig och gedigen kommunikation. Leggat (2007) konstaterar att forskningen kring multiprofessionella team i vården främst har varit intresserad av att studera hur redan befintliga team kan förbättras och att inte tillräckligt fokus har lagts på att kartlägga vad som gör enskilda yrkesutövare till effektiva teammedlemmar eller hur de kan utveckla kompetenser för att bidra till ett effektivt teamarbete. I en genomgång av litteraturen så kommer författaren fram till att det förfaller vara ett mycket stort antal faktorer som spelar roll för hur väl det teamarbetet faller ut.

SKILLS	KNOWLEDGE	TRAITS	MOTIVES
Ability to influence	Case/care management	Age	Commits to working collaboratively
Analysis of data	Clinical content	Appearance	Commits to interdisciplinary processes
Conflict management	Knowledge of management	Assertive behaviour	Commits to organization
Decision making	Organizational goals & strategies	Cooperative attitude	Commits to quality outcome
Leadership	Organizational politics	Courage to disagree	Ethical practice
Listening	Organizational roles of other team members	Self-directed learning	Having fun
Meeting management	Self-awareness	Encourages others	Need to win
Monitor & evaluate	Team process & development	Facilitates participation	Consumer focus
Motivation of others	Understanding KPIs	Interpersonal relationships	Social justice
Negotiation		Judgement	Strive for recognition
Peer counselling		Personality	Strive for high performance
Performance management		Positive attitude	Support team decisions
Planning		Reflective practice	Support of team goals
Provision of feedback		Respect for others	Task completion
Self-management		Self-confidence	
Time management		Sense of humour	
Verbal communication		Teamwork experience	
		Tolerant of stress	

Figur 4.4 Möjliga kompetenser, kunskaper, egenskaper och intressen som påverkar teamarbete. Källa: Leggat et al., 2010.

Efter att själv studerat fenomenet, så konstaterade Leggat att det mest centrala för effektivt teamsamarbete är att teammedlemmarna visar ett engagemang för organisationens mål och har förmågan att översätta dem till det arbete som teamet bedriver, samt engagemang för samarbete som tar sig uttryck i en öppenhet för lärande av varandra och av de eventuella misstag som teamet gör. I en liknande forskningsöversikt kring vilka kompetenser som krävs av vårdpersonal för att vara effektiva teammedlemmar så påtalar Olupeliyawa et al. (2009) att det kan vara problematiskt att utgå ifrån att det bara finns *en* form utav multiprofessionella team i vården. Istället understryker författarna att multiprofessionella team finns i en rad olika konstellationer, som dessutom ofta jobbar mot väldigt olika typer av mål. Ibland är målen inte att ge vård per se. Team som jobbar parallellt med den ordinarie verksamheten, exempelvis med förbättringsarbete, men också andra typer av projekt som bedrivs i teamkonstellationer är vanligt förekommande i vården. Författarna framhåller att det kan krävas en rad olika kompetenser beroende på vilket typ av team man faktiskt pratar om och att framtida yrkesverksamma därmed måste ges möjlighet att träna förmågan att vara en involverade i flera olika team under sin grundutbildning.

Även fokusgruppen diskuterade betydelsen av att yrkesverksamma tränas i att arbeta i multiprofessionella team, såväl tidigt under utbildning och praktik men också som yrkesverksam. Det behöver bli en naturlig del av yrket att arbeta nära andra professioner och att i högre grad dela arbetsuppgifter. För det krävs att vårdens professioner är öppna för att dela med sig av sin kompetens till andra samtidigt som man ser kollegors inspel och åsikter som centrala för teamarbetet. För att möjliggöra ett sådant arbetssätt är det nödvändigt att teamet är väl förtrogna med varandras arbetssätt och kompetenser men också att man vet vad teamarbete innebär. Behovet kan sammanfattas som en önskvärd utveckling från roll- till relationskultur (jfr. Tyrstrup & Larsson, 2016).

Ytterligare en aspekt som lyfts som central för att få till stånd ett välfungerande multiprofessionellt team är vikten av att inkludera patienten som en naturlig del i teamet. Patientmedverkan är förutsättning för att säkerställa ett tydligt patientperspektiv i relation till de mål som teamet ska sträva efter att uppnå. Samtidigt accentuerar fokusgruppen att olika patientgrupper kan behöva olika stöd ifrån teamet och ta olika mycket plats i dess kontinuerliga arbete. Det kan också vara så att patienters individuella preferenser tar sig uttryck genom att patienter vill, eller har möjlighet att, vara involverade i teamet på olika sätt. Att prata om patientens roll i vårdens multiprofessionella team behöver därför vara öppet för nyansering. Fokusgruppen belyser att allt fler patientorganisationer antar ett bredare perspektiv, som går bortom enskilda patienters upplevelser och erfarenheter, till att fokusera på patienters involvering i vårdens utvecklingsarbete. Det ses av gruppen som mycket positivt, och insatser för att fortsatt främja sådant deltagande kan vara ytterligare ett sätt att säkerställa att patienter ses som en resurs och medskapare istället för som en passiv mottagare av vårdinsatser. Liknande resonemang har på senare tid adresserats i forskningen och allt mer pekar på att patienters involvering, både i det egna vårdmötet och på systemnivå, har positiva effekter på vårdens kvalitet (Howe, 2006; Fernler et al., 2014; Elwyn et al., 2016).

Kompetens för framtida behov

Sammantaget kan vi konstatera att de avvägningar och dilemman som frågan om kompetenser i vården och omsorgen medför inte är löslösa. En vanligt förekommande argumentation är att vi på grund av sparbetning inom hälso- och sjukvården framöver inte kommer att ha råd med den kompetens som behövs. Ofta noterar man att personalbrist är det stora hindret för att kunna erbjuda en bra sjukvård, samtidigt som man allt oftare spar in på personal för

att nå en budget i balans. De vanligt förekommande politiska utspelen om att vårdens problem relativt enkelt går att hantera genom att tillföra mer personal tycks inte vara fullt förankrade i verkligheten. Både behovet av kompetenser i vård och omsorg – men också vad som menas med kompetens – är långt mer komplicerat än så. Problemet som behöver belysas är vilka som är de adekvata kompetenserna för att erbjuda en god modern vård, och hur dessa kompetenser kan säkras både genom att utveckla dagens medarbete, utbilda nya vårdprofessionella, och nyttja patienters och närståendes expertis.

Om fenomenet ”kompetens”, och behovet av den, inte förstås utifrån sin mångfacetterade natur så kommer de resurser som tillförs vården inte användas på bästa sätt. För en sektor med redan ansträngda finanser kan det få stora konsekvenser. Än värre så riskeras välmåendet hos vårdens medarbetare, vars arbetsituation redan idag ofta är ansträngd, och den höga kvalitet som utmärker svensk sjukvård kan bli lidande. Således får inte det framtida behovet av kompetenser i vård och omsorg reduceras till en räkneövning. Istället behöver flera åtgärder vidtas och insikter befästas – både på system-, organisations- och individnivå – för att sektorn ska ges möjligheten att framgångsrikt möta de utmaningar och förändringar som den står inför.

Referenser

- Aamir, A., Hamid, A., Haider, M. & Akhtar, C. (2016) Work-life balance, job satisfaction and nurses retention: moderating role of work volition. *International Journal of Business Excellence*, 10(4), 488-501.
- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I. & Walker, R.M. (2007) Public Management Reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis. *Public Administration*, 85(1), 9-26.
- Almada, P., Carafoli, K., Flattery, J. B., French, D.A. & McNamara, M. (2004) Improving the retention rate of newly graduated nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 20(6), 268-273.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2005) Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3): 268- 273.
- Bell, S. K., Delbanco, T., Anderson-Shaw, L., McDonald, T. B. & Gallagher, T.H. (2011) Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. *Chest*, 140(2), 519-526.
- Bevan, H. (2010) How can we build skills to transform the healthcare system? *Journal of Research in Nursing*, 15(2), 139-148.
- Blumenthal, D. (1996) Quality of care - what is it? *New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894.
- Börjesson, R. (2018) *Larmsiffran: Det behövs 45 000 nya sjuksköterskor*. Expressen. Tillgänglig via: www.expressen.se/nyheter/qs/larmsiffran-det-behovs-45-000-nya-sjukskoterskor/.
- Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. & Sibbald, B. (2003) Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality and Safety in Health Care*, 12(4): 273-279.
- Boykins, A. (2014) *Core communication competencies in patient-centered care*. *ABNF Journal*, 25(2), 40-45.
- Braithwaite, J., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A. & Herkes, J. (2018) When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Medicine*, 16, artikel 63.

- Chassin, M.R. & Galvin, R.W. (1998) The urgent need to improve health care quality. *JAMA*, 280(11), 1000-1005.
- Chassin, M.R., Loeb, J.M., Schmalz, S.P. & Wachter, R.M. (2010) Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. *New England Journal of Medicine*, 363(7), 683-688.
- Daspit, J., Tillman, C.J., Boyd, N.G. & McKee, V. (2013) Cross-functional team effectiveness: an examination of internal team environment, shared leadership, and cohesion influences. *Team Performance Management*, 19(1), 34-56.
- Elwyn, G., Edwards, A. & Thompson, R. (red) (2016) *Shared Decision Making in Health Care: Achieving Evidence-based Patient Choice*. Oxford. Oxford University Press.
- Eriksson, N., Müllern, T., Andersson, T., Gadolin, C., Tengblad, S. & Ujvari, S. (2016) Involvement drivers: A study of nurses and physicians in improvement work. *Quality Management in Healthcare*, 25(2), 85-91.
- European Commission (2019) *Task shifting and health system design*. Luxemburg. Publications Office of the European Union.
- Fernler, K., Krohwinkel, A., Rognes, J. & Winberg, H. (2014) *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Leading Health Care Report 2014:1.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Kistnasamy, B. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Fujisawa, R. & Colombo, F. (2009) *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*. OECD Health Working Papers, No. 44. Paris. OECD Publishing.
- Gadolin, C. (2017) *The Logics of Healthcare – In Quality Improvement Work* (avhandling). Göteborg. Göteborgs Universitet.
- Gadolin, C. (2018) Professional employees' strategic employment of the managerial logic in healthcare. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 13(2), 126-143.
- Gadolin, C. (2019) The influence of policy makers over Lean implementations in Healthcare. *International Journal of Health Governance*, 24(3), 222-229.

- Gadolin, C. & Andersson, T. (2017) Healthcare quality improvement work: a professional employee perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(5), 410-423.
- Gadolin, C. & Wikström, E. (2016). Organising healthcare with multi-professional teams: activity coordination as a logistical flow. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 20(4), 53-72.
- Grumbach, K. & Bodenheimer, T. (2004) Can health care teams improve primary care practice? *The Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1246-1251.
- Gunnarsson, P. (2019) *Många unga läkare funderar på att lämna sjukvården*. Läkartidningen 30-32/2019.
- Howe, A. (2006) Can the patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 527-534.
- IOM (2003) *Health professions education: A bridge to quality*. Washington. National Academies Press.
- IVO (2017) Vad har IVO sett 2017? Stockholm. Inspektionen för vård och omsorg.
- Izzo, J. B. & Withers, P. (2002) Winning employee retention strategies for today's healthcare organizations. *Healthcare Financial Management*, 56(6), 52-58.
- Johnson, W.G., Butler, R., Harootunian, G., Wilson, B. & Linan, M. (2016) Registered nurses: The curious case of a persistent shortage. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 387-396.
- Jungnickel, P.W., Kelley, K.W., Hammer, D.P., Haines, S.T. & Marlowe, K.F. (2009) Addressing competencies for the future in the professional curriculum. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(8), artikel 156.
- Kernick, D. (2001) Complexity and healthcare organisations. I Sweeney, K. & Griffiths, F. (red.) *Complexity and healthcare: An introduction*. Abingdon. Radcliffe Medical Press.
- Lamb, G., Zimring, C., Chuzi, J. & Dutcher, D. (2010) Designing better healthcare environments: Interprofessional competencies in healthcare design. *Journal of interprofessional care*, 24(4), 422-435.
- Larkin, C. & Callaghan, P. (2005) Professionals' perceptions of interprofessionals working in community mental health teams. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 338-346.

- Leggat, S.G. (2007) Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Services Research*, 7, artikel 17.
- Meretoja, R. & Koponen, L. (2012) A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 414-422.
- Mitchell, R. J., Parker, V. & Giles, M. (2011) When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations*, 64(10), 1321-1343.
- Morris, S., Otto, C.N. & Golemboski, K. (2013) Improving patient safety and healthcare quality in the 21st century-competencies required of future medical laboratory science practitioners. *Clinical Laboratory Science*, 26(4), 200-204.
- NHS (2019) *Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care*. February 2019. The Topol Review.
- O'Keeffe, V.J., Tuckey, M.R. & Naweed, A. (2015) Whose safety? Flexible risk assessment boundaries balance nurse safety with patient care. *Safety Science*, 76, 111-120.
- Oborn, E. & Dawson, S. (2010). Knowledge and practice in multidisciplinary teams: struggle, accommodation and privilege, *Human Relations*, 63(12), 1835-1857.
- OECD (2016) *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*. Paris. OECD Publishing.
- Olupeliyawa, A. M., Hughes, C. & Balasooriya, C.D. (2009) A review of the literature on teamwork competencies in healthcare practice and training: implications for undergraduate medical education. *South East Asian Journal of Medical Education*, 3(2), 61-72.
- Ono, T., Lafortune, G. & Schoenstein, M. (2013) *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries*. OECD Health Working Papers, No. 62. Paris. OECD Publishing.
- Payne, M. (2000) *Teamwork in Multi-Professional Care*. Routledge, London.
- Pisek, P.E. & Wilson, T. (2001) Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*, 323(7315), 746-749.
- Reay, T. & Hinings, C.R. (2009) Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30(6), 629-652.

- Region Östergötland (2019) *Förbättringsarbete under ST*. Tillgänglig via: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Arbetsplats-Region-Ostergotland/AT-och-ST/ST-lakare-i-Ostergotland/ST-lakare-Landstinget-i-Ostergotland/Kurser/Ledarskapsutbildning-for-ST-lakare/Forbatttringsarbete/>.
- Roos, M. & Lindberg, J. (2018) *33 sjuksköterskor berättar: "Därför sa vi upp oss"*. Expressen. Tillgänglig via: www.expressen.se/nyheter/qs/33-sjukskoterskor-berattar-darfor-sa-vi-upp-oss/.
- Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: "Contact is not enough" to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4): 228-234.
- SCB (2015) *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Stockholm. Statistiska centralbyrån.
- SCB (2017) *Sjuksköterskor utanför yrket*. Stockholm. Statistiska centralbyrån.
- SCB (2018) *Arbetskraftsbarometern 2018 – vilka utbildningar ger jobb?* Stockholm. Statistiska centralbyrån.
- Scott, P. A., Matthews, A. & Kirwan, M. (2014) What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*, 15(1), 23-34.
- Scott, R., Ruef, M., Mendel, P. & Caronna, C. (2000) *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago. University of Chicago Press.
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. (2004) Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research & policy*, 9, 1 suppl., 28-38.
- SKL (2018) *Använd kompetens rätt*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen (2011) Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSF 2011:9).
- Socialstyrelsen (2019) *Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och UKÄ (2019) *Framtidens vårdkompetenser – Stärk samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*. Stockholm. Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Stockholm. Socialdepartementet.

- SOU 2019:20. *Stärkt kompetens i vård och omsorg*. Stockholm. Socialdepartementet.
- Tyrstrup, M. & Larsson, I. (2016) *Närvård i västra Sörmland: en berättelse om roller, relationer och avstånd*. LHC Report 2016:1.
- UKÄ (2019) *Framtidens behov av högskoleutbildade: Genomgång av 15 bristyrken inom offentlig sektor fram till 2035*. Stockholm. Universitetskanslersämbetet.
- Vårdförbundet (2019) *Ny undersökning: Nära hälften har övervägt lämna vården*. Tillgänglig via: www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuellt/nyheter/ny-undersokning-nara-halften-har-overvagat-lamna-varden/.
- Weberg, D. (2010) Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 246-258.
- West, M.A. & Lyubovnikova, J. (2013) Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 27(1), 134-142.
- WHO (2008) *Task shifting: Global recommendations and guidelines*. Genève: World Health Organization.
- Yeganeh, H. (2019) An analysis of emerging trends and transformations in global healthcare. *International Journal of Health Governance*, 24(2), 169-180.
- Örstadius, K. (2018). *Fakta i frågan: Har vårdköerna vuxit?* Dagens Nyheter. Tillgänglig via: www.dn.se/nyheter/politik/fakta-i-fragan-har-vardkoerna-vuxit/.

Kunskap

Morten Sager och Isabella Pistone

Samhället idag bubblar över av exempel från olika håll som vittnar om stora problem med framtagning, spridning och användning av kunskap inom hälso- och sjukvården. De senaste decenniernas rörelse mot kunskapsstyrning betonar betydelsen av kunskapsproduktion utifrån systematiska metoder såsom evidensbaserad medicin och randomiserade kontrollerade studier. Samtidigt finns andra typer av kunskap i hälso- och sjukvårdssystemet; till exempel utgår många beslut de facto från professionellt omdöme och rösterna för att bättre ta tillvara patienternas perspektiv hörs allt högre och oftare. Det handlar ytterst om vad som bör ligga till grund för beslutsfattande, liksom om förmågan att analysera frågan ur ett kunskapsteoretiskt perspektiv. Fokusgruppen som behandlat ämnet *kunskap* har tagit sig an denna utmaning.

En kunskapssyn för framtidens hälso- och sjukvård

Ett tydligt tecken på att framtagandet, spridningen och användningen av kunskap inom hälso- och sjukvården omgärdas av problem är debatten kring Jonna Bornemarks bok *Det omätbaras renässans* (2018), där nuvarande betoning på en viss kunskapssyn kritiseras. En mängd utredningar om hälso- och sjukvården har sedan åtminstone tjugo år tillbaka beskrivit en liknande problematik. Ibland riktas kritiken mot styrning i termer av New Public Management; ibland mot satsningar på evidensbaserad eller kunskapsstyrning.

Samhället utvecklas med hög fart och ny teknik skapar nya förutsättningar för patienter och professionella att organisera sig och hämta kunskap på nya sätt. Den moderna patienten har andra krav på hälso- och sjukvården än vad det etablerade systemet är riggat för att klara av, och det som systemet inte kan ge kommer framtidens patienter att söka någon annanstans. En ömmande

fråga i ljuset av detta blir: Hur kan vi skapa ett system som faktiskt klarar av att förhålla sig till detta? Denna fråga har belysts på många olika sätt, framförallt har organisationsforskning länge pekat på vad de benämner ett systemfel i hur hälso- och sjukvården organiseras och visar också på flera typer av lösningar på dessa systemfel. I den forskningen betonas att det inte finns *en* lösning, inte *en* metod eller *en* modell som fungerar. Istället handlar det om att kontinuerligt söka nya sätt att hantera problem som dyker upp i systemet. Den här fokusgruppen har prövat en liknande ansats utifrån vetenskapsteoretiska utgångspunkter. Vilken kunskapssyn behövs för framtidens hälso- och sjukvård?

Ansatsen följer av författarnas (tillika diskussionsledare i fokusgruppen) vetenskapsteoretiska skolning och de begrepp som tillhandahålls i litteratur från i första hand det mångdisciplinära forskningsfältet teknik- och vetenskapsstudier, Science and Technology Studies (STS). Den viktigaste egenskapen i teoribildningar inom STS är *inte* övergripande beskrivningar av hur världen egentligen är. Det finns påståenden om världen, men de är oftast av väldigt grundläggande karaktär. Några grundantaganden i STS är att världen är rörig och att kunskapsanspråk uppstår i rikt sammansatta situationer som präglas av människors uppfattningar och utgångspunkter liksom deras skilda materiella och tekniska förutsättningar. För en person som vill förstå hur världen fungerar ger STS-fältet en ganska tunn eller öppen teori. Samtidigt är det just dessa "agnostiska" grundantaganden som möjliggör mer förutsättningslösa studier av hur vetenskap görs och hur hälso- och sjukvård bedrivs.

Dessa teorier ger tillgång till ett empiriskt närgånget synsätt på vetenskaplig praktik där en huvudpoäng är att begrepp som validitet, tillförlitlighet, evidens, implementering och kvalitetssäkring kan tolkas och genomföras på många olika, men fullt berättigade sätt. Den variation som ofta finns ställs inte mot ett enda givet "rätt sätt" att evidensbasera, kunskapsstyra eller förbättra verksamheter. Praktiker och uppfattningar kan skilja sig åt på viktiga sätt, men utan att för den skull strida mot god sed eller ett vetenskapligt förhållningssätt. Sager och Bohlin har beskrivit denna ansats med orden "Evidensens öde ligger i detaljerna" (Bohlin & Sager, 2011). I stället för att bedöma en verksamhet på distans behöver analytiker komma nära för att se de mångfasetterade sammanhang som ofta bestämmer vad som är lämpligt och olämpligt. I stället för "stora" eller abstrakta teorier om vad kunskap egentligen är, undersöks de detaljer som ofta bestämmer evidensens öde, och som med gott omdöme kan ge insikter om andra situationer.

Detta skiljer sig från ett visst sätt att betrakta och hantera kunskap som är vanligt inom hälso- och sjukvården. Där finns myndigheter och instanser som ofta utgår från att kunskap är något ganska entydigt.

Genom en viss mall, en viss metod eller riktlinje kan aktörer få veta vad som gäller. Ofta handlar det om en tyngdpunkt på randomiserade kontrollerade studier eller kvantitativa mätmetoder. Det är mycket möjligt att dessa definitioner av kunskap är de mest lämpliga. Tanken här är dock att inte ta dessa för givna utan att lyfta fram andra möjliga definitioner och perspektiv som ofta redan finns och används i verksamheterna. Samt att visa på att om dessa andra perspektiv får mer utrymme kan de också ge konsekvenser för hur hälso- och sjukvården planeras, genomförs och värderas.

Tre problem i kunskapsstyrningens infrastruktur

Det mest grundläggande problemet som olika satsningar på evidensbaserad medicin, praktik eller policy syftar till att lösa är hur personer som ska fatta beslut om insatser får senaste och bästa kunskap. Det borde vara mycket svårt att säga emot en sådan ambition, även om det i en tid med alternativa fakta, expertförakt och frekventa stridsrop om "fake news" ändock görs sådana försök.⁷ Faktum är ändå att de flesta av oss önskar bästa tillgängliga kunskap när vi söker hjälp i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen definierar evidensbaserad praktik som att det *'innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser'* (Socialstyrelsen, 2019). Ofta illustreras denna vision med ett venndiagram likt nedan:



Figur 5.1 Socialstyrelsens syn på evidensbaserad praktik. Källa: www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/

7 Se exempelvis detta klipp från debatterna inför Storbritanniens omröstning om EU, 2016: www.youtube.com/watch?v=GGgiGtJk7MA.

Denna definition har stora likheter med en numera klassisk formulering som publicerades i British Medical Journal 1996:

Evidence-based medicine is the conscientious and judicious use of current best evidence from clinical care research in the management of individual patients.

Sackett et al., 1996 s. 71

Definitionen var i sin tur en respons på kritiken av det då nya konceptet evidensbaserad medicin. Endast fyra år tidigare hade en grupp bestående av 31 forskare och läkare beskrivit det som ett ”nytt paradig” med dessa ord:

Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research.

Evidence-Based Working Group, 1992 s. 2420

Till skillnad från formuleringen från 1996 fanns det 1992 en större misstänksamhet mot intuition, klinisk erfarenhet och hänvisningar till patofysiologisk kunskap. Bara i dessa definitioner med fyra års mellanrum väcks alltså frågor som sedan har spelats ut under de 30 år som snart har förlöpt sedan 1992. Där finns åtminstone tre centrala teman. Ett handlar om hur kunskap ska definieras. Ett annat tema berör hur kunskap ska föras vidare. Ett tredje handlar om hur en verksamhet ska ta emot kunskap. I fokusgruppens samtal berörde vi alla dessa tre problemområden. Särskilt diskuterade vi hur relevanta kunskapsunderlag kan tas fram, vilken roll professionellas och patienters expertis kan antas ha när kunskapen ska omsättas, och konsekvenserna av hur hälso- och sjukvården oftast organiseras.

Problem 1: Kunskapsstörande, inte kunskapsstödjande underlag

Om kunskapsunderlagen antas presentera den mest korrekta kunskapen som ska användas i kliniken blir utmaningen att se till att vårdprofessionella vet om och är motiverade nog att använda den kunskapen. I forskningen beskrivs det som implementeringsproblemet eller följsamhetsproblemet (Zuiderent-Jerak, 2007, Fernler & Krohwinkel, 2018, Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). På sådana problem finns det olika sätt att reagera. Även diskussionerna i fokusgruppen gav uttryck för att det finns ett antal problem med dagens kunskapsunderlag och dessa problem handlar framförallt om bristande relevans.

Tunt stöd i komplexa situationer

Trots den idealiska bilden av evidensbaserad praktik där både professioner och patienter ska ingå, verkar något hända när kunskapsunderlag tas fram i form av systematiska översikter och riktlinjer. Någoting i själva processerna gör att kunskapsunderlagen krockar med den komplexa kliniska verksamhet som professioner och patienter lever i. Processerna är gedigna och skapas med hjälp av transparenta metoder med tydliga tillvägagångssätt.

Systematiska översikter, nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd från kunskapsmyndigheter som SBU, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tas fram utifrån specifika tillstånd och insatser. Metoden är systematiska litteratursökningar, sällning och relevansgranskning där underlag samlas in om olika tillstånds svårighetsgrad, effekter av åtgärder, evidens för effekter, kostnadseffektivitet och hälsoekonomisk evidens. Dessa aspekter vägs samman och resulterar i en rekommendation.

I myndigheternas bedömning av evidensen prioriteras vetenskaplig kunskap och allra helst resultat från randomiserade kontrollerade studier (RCT:er), när sådana finns. Kunskapsläget och rekommendationer skapas alltså för tydliga kombinationer av medicinska tillstånd och tydligt definierade behandlingar, helst studerade med RCT:er.

Fokusgruppens deltagare gav uttryck för det problematiska i denna struktur med tanke på att klinikens problemställningar ofta är av en vagare och mer komplex karaktär. Deltagarna diskuterade att metoden i form av systematiska översikter framförallt främjar och samverkar med specialiserad "stuprörsvård", medan det ofta efterfrågas en annan typ av "stuprörsöverskridande" kunskap som svarar på de mer komplexa frågeställningarna som vårdprofessionella ofta ställs inför, exempelvis gällande patienter med flera sjukdomar. Ett typiskt exempel på problem uppstår för vård av patienter med mer sällsynta diagnoser, där det inte finns tillräckligt stora patientgrupper för att utföra RCT:er. De finns i hälso- och sjukvården, men vart tar de vägen i kunskapsunderlagen? Eller omvänt: Kunskapen som presenteras i myndigheternas underlag verkar i vissa fall inte vara relevanta för klinikerna och ibland inte ens för andra myndigheter.

SKL:s satsning på Nationella programområden (NPO:er) togs i fokusgruppen upp som ett exempel på hur kunskapsunderlag utformas utifrån specialistområden och att detta förstärker strukturen för stuprörsvård. Denna typ av specialiserad vård är viktig, men fokusgruppen menar samtidigt att den strukturen ställer till flera problem eftersom många patienter inte passar in i stuprör. Trots att en grundtanke med NPO:erna är interprofessionellt arbete, skapas kunskapsunderlag som - enligt några i fokusgruppen - inte stödjer det och därför krockar med de upplevda problemen ute i verksamheterna.

Ett tydligt exempel som tas upp är att rehabilitering är organiserat som ett eget programområde, men att det egentligen är ett fält som sträcker sig över alla olika områden.

Sammanhangsknutna kunskaper

Ett återkommande problem som både fokusgruppen, forskningslitteraturen och utredningar ger uttryck för är att kunskap till viss del är knutet till sitt sammanhang. Kunskap som tas fram utifrån frågor som formulerats i ett sammanhang, exempelvis vid en myndighet, verkar inte omedelbart användbar i ett annat sammanhang. Kunskap som tagits fram utifrån en viss vetenskaplig metod verkar inte alltid direkt användbar i den kliniska verkligheten. Detta verkar gälla oavsett om det nya sammanhanget är en annan myndighets arbete eller en klinisk verksamhet.

I våra egna studier och i Statskontorets utvärderingar av samarbetet mellan SBU och Socialstyrelsen blir detta problem tydligt (Sager, 2011; Statskontoret, 2018b). Statskontoret pekar både i sin delrapport (2016) och i sin slutrapport (2018b) på behovet av bättre samordning mellan myndigheterna. Tanken är att SBU ska skapa kunskapssammanställningar som sedan ska användas i Socialstyrelsens utformning av rekommendationer. Det är enklare sagt än gjort visar det sig. SBU:s systematiska översikter skapas genom sökningar i den mest gedigna vetenskapliga litteraturen. Ett möjligt och relativt vanligt resultat är då att det saknas tillräckligt med gedigna studier för att kunna uttala sig definitivt. Socialstyrelsens riktlinjer däremot ska inte enbart utgå från strikt vetenskaplig kvalitet utan ska ge beslutsfattare i vården goda råd – oavsett om det finns strikt vetenskapligt stöd eller ej. När det saknas sådant stöd behöver Socialstyrelsen ”sämre” kunskap för att kunna uttala sig (som en informant uttrycker det).

Dubbla signaler från kunskapsunderlag

Även i de fall där det finns starkt vetenskapligt stöd kan underlagen från de två myndigheterna skapa olika signaler. I en studie av införandet av implanterbara defibrillatorer kunde hjärtspecialisterna hänvisa till sammanställningar från SBU för att hävda ett omedelbart införande av insatsen medan ledningen stödde sig på Socialstyrelsens riktlinjer för att fördröja införandet (Sager, 2011). De två myndigheternas inriktningar och metoder skiljer sig åt vilket skapar olika slutsatser för beslutsfattare i verksamheterna.

Under många år har det också varit svårt att få till stånd ett helt smidigt samarbete. Statskontoret nämner frågan om timing i sina rapporter. SBU:s kunskapsöversikter blir inte färdiga i tid för att resultaten tillräckligt väl ska kunna

gagna Socialstyrelsens sammanställningar av nationella riktlinjer. Tidigare sammanställde Socialstyrelsen egna kunskapsöversikter utifrån specifika behov i riktlinjeproduktionen. När dessa behov ska mötas av en annan myndighets arbete har det hittills inte alltid fungerat.

Rekommendationernas krav krockar med verklighetens krav

Samma problematik som har att göra med kunskapens olika sammanhang återfinns i Socialstyrelsens rekommendationer för mer komplexa områden. Exempel på det är myndighetens rekommendationer för sjukskrivningar och hälsofrämjande arbete.

Som ett led i att förbättra underlag och beslut vid sjukskrivningar fick Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett beslutsstöd som publicerades 2007 (Sager & Eriksson, 2015). Tanken var att i ökad utsträckning göra bedömningar av "arbetsförmåga" hellre än att enbart återge de medicinska konsekvenserna av ett visst sjukdomstillstånd. Bedömning av arbetsförmåga inbegriper därmed fler kompetenser än enbart medicinsk expertis. Ändå utgick Socialstyrelsen i skapandet av beslutsstödet från just medicinska experter och dessutom den sedvanligt medicinskt strukturerade mallen med fokus på tydligt avgränsbara tillstånd och åtgärder. De multiprofessionella intentionerna – att stödja bedömningar av arbetsförmåga bortom de rent medicinska aspekterna – försvann alltså på vägen.

Ännu mer problematiskt blev kravet på vårdprofessionella att hänvisa till objektiva mätresultat i sjukintygen. Det som i ett sammanhang verkade som ett vettigt krav blev omöjligt att uppfylla för de läkare som ska skriva intygen. Den främsta anledningen till det var att många fall kräver en professionell bedömning som inbegriper kännedom om patienten över tid och en sammanvägning av olika delar av patientens övergripande situation. Det ansågs dock inte tillräckligt med en så pass "subjektiv" bedömning i kommunikationen med Försäkringskassans tjänstemän. I stället krävdes dokumentation som kunde följas och valideras separat av Försäkringskassans handläggare utan kännedom om patienten över tid. Inspektionen för socialförsäkringen (IFS) konstaterade några år efter reformen att endast 13 % av alla läkarintyg som sändes in till Försäkringskassan höll måttet. Riktlinjerna och verkligheten krockade.

Rekommendationernas format krockar med både forskning och verksamhet

En annan krock blir tydlig i skapandet av riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011; 2018). Här var återigen tanken att stödja en avsevärd förändring i användning av folkhälsoinsatser i hälso- och sjukvården. Problemen var att folkhälsoinsatserna är svåra att passa in i riktlinjernas mer medicinska format både vad gäller folkhälsans orsaksförlopp och typen av forskning (Lagerlöf & Sager, pågående arbete).

I riktlinjerna prioriteras olika insatser med hänsyn till bland annat styrkan på evidensen och tillståndets svårighetsgrad. Vad gäller medicinska insatser är detta logiskt. Insatserna riktas oftast till individer med ett aktuellt ohälsotillstånd. Effekterna kan på relativt kort tid studeras med randomiserade kontrollerade studier. Förebyggande arbete berör däremot ofta väldigt långa orsaksförlopp. Arbetet syftar till att minska riskerna för att ohälsa ska uppstå många år längre fram. Ofta är insatserna universalpreventiva, det vill säga riktas till alla personer i en population och inte enbart till dem som har tydligt förhöjd risk. För gruppen som helhet är alltså tillståndet eller risken för ett ohälsotillstånd relativt lågt. Därmed skiljer sig tillståndets svårighetsgrad och likaså bedömningen av insatsernas evidens från medicinska insatser – som riktlinjerna brukar användas för.

På grund av kravet på stark evidens och allvarlig risk togs en av de vanligaste och enligt många, mest intressanta insatserna inte med i rekommendationerna, nämligen hälsosamtal. Anledningen verkar vara att de i så fall hade fått en alltför låg prioritet på grund av få RCT-studier och den låga risken i målgruppen. Det betydde att formatet gjorde att en vanlig och ur många andra aspekter troligen lämplig insats uteslöts ur rekommendationerna.

Kunskapsunderlagens frågor och svar *struktureras* med andra ord på ett sätt som skiljer sig från en stor del av klinikens frågor. Och de vetenskapliga metoder som anlitas i framtagande av kunskapsunderlagen svarar bara delvis på de frågor som uppstår i klinikerna. Båda dessa aspekter i kunskapsunderlagen har med en viss kunskapssyn att göra. Vad som avses med "evidens" inom evidensbaserad praktik är alltså något ganska specifikt (se figur 5.2). Evidens definieras enligt Socialstyrelsen som bästa tillgängliga kunskap, vilket skulle kunna tolkas brett, men innebär i första hand resultat från vetenskaplig forskning. Sådana resultat skulle i sin tur kunna hämtas från en mängd olika inriktningar, såsom folkhälsovetenskap i vidare mening eller samhällsvetenskaplig forskning, men det görs i allmänhet inte.



Figur 5.2 Vad som ofta de facto avses med "bästa tillgängliga kunskap".

I vissa fall sammanfaller underlagens struktur och det vetenskapliga tillvägagångssättet med klinikkens arbete, men inte alltid. Speciellt stor diskrepans verkar det bli mellan kunskapsunderlagens vetenskaplighet och kliniken inom mer komplexa områden som inte på ett enkelt sätt kan organiseras i form av rent medicinska specialiteter, såsom bedömning av arbetsförmåga och folkhälsoinsatser. Samtalen i fokusgruppen återvände vid flera tillfällen till just bristen på stöd för patienterna som inte passar in i stuprören.

Problem 2: Professionernas och patienternas expertis

Två viktiga ämnen som diskuterades i fokusgrupperna var hur professionernas och patienternas expertis tas tillvara i produktionen av kunskapsunderlag samt vilka strukturer det finns för att ta tillvara och främja professions- och patientexpertis i de praktiska verksamheterna.

Professionernas och patienternas expertis i kunskapsunderlagen

En fråga som lyftes var representation av olika professioner i produktionen av kunskapsunderlag. I socialstyrelsens vedertagna modell för att illustrera evidensbaserad praktik kombineras evidens, patientens behov och professionellas erfarenhet. Flera deltagare upplevde det som problematiskt att det ofta var en överrepresentation av vissa professioner såsom exempelvis specialistläkare, vilket de menade påverkade vilka frågeställningar, insatser och utfallsmått som ansågs relevanta att utvärdera.

Och även om det kan finnas patientrepresentation i en riktlinjeprocess är det ytterst sällan, enligt fokusgruppens deltagare, som patienters kunskaper verkligen syns i riktlinjerna. Fokusgruppens deltagare beskriver det som att intressegrupper ofta får frågan att delta i dessa processer, men att deras medverkan sällan ses i det slutliga resultatet. Trots försöken verkar patienter inte riktigt lyckas med att bli en del av systemet.

Det finns viktiga undantag här. Bland annat diskuteras den betydelse som prioriteringsgruppen har i framtagandet av riktlinjer inom de nationella programområdena. Prioriteringsgrupperna sätts samman med en tydlig medvetenhet om behovet av representativ bredd, vilket oftast även gäller involvering av patientrepresentanter. Sådan representation är ett sätt att öka riktlinjernas relevans.

Exempelvis kan tillståndens svårighetsgrad kan inte mätas på något enkelt sätt. Även om det finns en nationellt framtagen mall för vilka faktorer som ska vägas in är detta en del där professioner och patientrepresentanter har en tydlig roll. Detsamma gäller bedömningen av rekommendationernas prioritet, som anges mellan 1–10 (där 1 är viktigast för verksamheterna att genomföra), forskning och utveckling (FoU) eller ”icke-göra”. Vid rangordning av prioritet kan prioriteringsgruppen välja att lägga mindre vikt vid det vetenskapliga underlaget i prioriteringen för att andra faktorer anses väga tyngre såsom etiska hänsyn, kostnader eller målgruppens sårbarhet. Det finns ingen enkel algoritm för sammanvägning av så pass komplexa faktorer, utan det kräver upprepade diskussioner och överväganden. Gruppen kan också välja att lyfta fram professionernas expertis genom användning av konsensusmetoder.

För detta kapitel har vi inte genomfört en fullständig genomgång av konsensusmetodernas användning i riktlinjearbetet, men de riktlinjeprocesser vi har studerat indikerar att det fortfarande är en i högsta grad kompletterande teknik. I riktlinjerna för att förebygga ohälsosamma levnadsvanor användes endast konsensusmetoder när det saknades övrigt vetenskapligt underlag (Lagerlöf och Sager, pågående arbete), men det är ett undantag. I regel har professionernas och patienternas expertis inte samma styrka i underlagen som det vetenskapliga underlaget. Det är inte heller självklart att de ska ha det, men med tanke på ambitionen att integrera de tre kunskapstyperna är det dock relevant att peka på obalansen.

En anledning kan vara att det i dagens kunskapsstyrning i första hand finns metoder för att hantera vetenskaplig kunskap, speciellt forskning genomförd med RCT:er. Såsom arbetsordningen mellan myndigheterna är formulerad kommer sammanställning av det vetenskapliga underlaget först.

Trots visst arbete med representativitet i de arbetsgrupper som arbetar med kunskapsunderlag, bedömningsmomenten i prioriteringarna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och utvecklingen av konsensusmetoder går det inte att jämföra med den tid och det kunnande som läggs på tekniker för sammanställning av vetenskapliga studier. Till det starka redan noterade fokus på RCT:er om tydliga kombinationer av tillstånd och åtgärder läggs här bristen (inte frånvaron) på stöd för professionernas och patienternas expertiser. Detta resulterar i att styrning och underlag får en kraftig övervikt av evidens – i betydelsen RCT:er – jämfört med professionens och patienters kunskaper.

Grafiskt är det alltså inte tre jämnstora fält i dagens evidensbaserade praktik – i varje fall inte när det handlar om den styrning som sker genom kunskapsunderlag. Balansen mellan fälten – eller snarare obalansen – illustreras i figur 5.3 nedan.



Figur 5.3 Grafisk illustration av dominansen av en viss typ av evidens och bristen på stöd för andra typer av expertis.

Detta behöver inte vara ett problem. Kunskapsunderlag måste inte vara platsen som återspeglar alla sorters kunskaper. Riktlinjers roll måste inte vara att ge alla svar på vad som ska göras i den kliniska verksamheten. Ambitionen med kunskapsunderlag är inte att de ska ersätta klinikers kompetens. De är och ska vara vägledande, inte obligatoriska, vilket också är en av slutsatserna från Wallströms utredning (SOU 2017:48). Även Tillitsdelegationen (SOU 2018:47) betonar betydelsen av professionernas situationsbaserade bedömningar och att den hierarkiska styrningen bör minska.

Professionernas och patienternas expertis i verksamheterna

Det är alltså fullt möjligt att hävda att den som överraskas av en viss ensidighet i kunskapsunderlagen och svårigheterna att tillämpa dem kliniskt helt enkelt inte förstått vad deras syfte är. Problemet skulle istället kunna bestå i att det till stor del saknas utbyggda strukturer för ett flexibelt och välavvägt mottagande av dessa kunskapsunderlag i verksamheterna. Enligt detta sätt att tänka ska professionerna och patienterna bearbeta kunskapsunderlag i det patientnära arbetet. Det är där kunskap från professioner och patienter tas till vara och det är då det blir evidensbaserad praktik såsom bilderna beskriver. En fråga som diskuterades i fokusgruppen är om det verkligen är så. Vilka stöd finns det i praktiken för utveckling av professionell expertis och patientinflytande?

Självklart finns det trots upplevda problem med många styrverktyg gott om professionellt omdöme och patientinflytande. Verksamheterna är helt beroende av det. Varje dag och troligen de flesta möten i hälso- och sjukvården innehåller båda komponenterna. Men är det tillräckligt? Och går utvecklingen åt rätt håll? Här är fokusgruppens dom hård, liksom viss forskning (Zuiderent-Jerak, 2007) och nyligen genomförda utredningar (SOU 2017:48; 2018:47). Deltagare i fokusgruppen menar att medan det finns en utbyggd infrastruktur för (en viss form av) evidens på central nivå, är upplevelsen att det till stor del saknas uppbyggda strukturer för att integrera professionell expertis och patientbehov på en mer lokal nivå. Mottagarkompetensen behöver med andra ord utvecklas.

Två typer av mottagarkompetens

Mottagarkompetens kan bestå i olika saker beroende på vad som avses med kunskapsstyrning. Begreppet kan nämligen avse åtminstone två saker, om man följer Per Carlsson och Peter Garpenbys kommentar (bilaga 6) till 1999 års utredning ”*God vård på lika villkor – underlag till slutbetänkande*” (SOU 1999:66): Antingen en riktad styrning med linjär kunskapsöverföring, eller en icke-riktad, mer indirekt styrning med komplex syn på kunskapsöverföring. Mottagarkompetensen i en riktad styrning med linjär kunskapsöverföring består i *specifikt* arbete med mottagandet av nya kunskapsunderlag från myndigheter. Det handlar om kontinuerlig bearbetning av kunskapsunderlagen för att förstå dem och förändra praxis i enlighet med ny kunskap. Denna specifika mottagarkompetens bör självklart inbegripa vårdprofessionella men allra helst också patienter.

Att detta är möjligt är allra tydligast när det gäller spetspatienter. Det är patienter som är aktiva i att förstå ny forskning som berör deras egna diagnoser eller tillstånd. På det området finns flera studier som visar att patienter kan utöva stor expertis vad gäller betydelsen av ny forskning. En större utmaning

är dock patienter som är sköra eller mindre självständiga. De har också insikter som kan behövas för att integrera ny forskning på ett lämpligt sätt, men har oftare svårare att komma till tals. I fokusgruppen lyftes att det saknas tid och resurser att motta och bearbeta kunskapsunderlag. Det tar tid att förstå dem och ändra relevanta delar av praxis utifrån den nya kunskapen. Det diskuterades att det alltför ofta saknas strukturer för denna typ av arbete i verksamheterna.

Med en indirekt och komplex syn på styrning och överföring av information krävs mer *generell* mottagarkompetens, alltså att det finns strukturer för ett kontinuerligt lärande oavsett om det är knutet till ny forskning eller lokala erfarenheter. Det kan handla om systematiskt kvalitetsarbete och en förmåga att sätta igång förbättringsprojekt utifrån erfarenheter i verksamheten. Professionsföreträdarna i fokusgruppen pekar på hur kompetensutveckling och professionernas vidareutbildningar under många år fått stryka på foten. Rationaliseringar inom verksamheterna och personalbrist gör att utrymmet för kollegial reflektion minskat, även om bilden här inte är entydig. Det är också svårt för vårdprofessionella att kartlägga och säkerställa vad patienter vill och behöver – framförallt eftersom patienter är olika och människors behov inte alltid är entydiga.

Det är antagligen inte möjligt att skilja skarpt mellan dessa två kompetensområden, men det finns en poäng att professionsutveckling och tillvaratagande av patienters insikter inte enbart handlar om hur kunskapsunderlag tas emot. Sammanställning av kunskap från central nivå är en sak och lokal kompetens delvis något annat. Även om det inte är syftet skulle det kunna vara så att satsningar på centralt producerade kunskapsunderlag gör att det klinisknära kunnandet och erfarenhetsbaserade lärandet får mindre utrymme. Detta är endast en hypotes och kan inte beläggas, men samtalen i fokusgruppen stärker hypotesen. Professionsföreträdarna i fokusgruppen identifierar en utveckling där studiedagar i högre grad fylls av externa styrdokument som behöver läsas på bekostnad av tid att reflektera kring de lokala frågor som är aktuella i verksamheten. Farhågorna är att detta gör att den kollegiala reflektionen och fortbildningen blir eftersatt. Mer forskning behövs troligen här för att klarlägga hypoteser om den här utvecklingen.

Exempel på användning och utveckling av expertis

Det finns undantag som är intressanta att nämna. Vad gäller patientmedverkan är satsningen på personcentrerad vård en intressant ansats för att systematiskt skapa utrymme för patienternas röster. Genom individuella vårdplaner där patienten sitter i förarsätet är tanken att skapa individuellt anpassad vård (Lydahl, 2017). Med tanke på den RCT-dominans som finns

i kunskapsunderlagen är det intressant att ansträngningar för att etablera personcentrerad vård bland annat bestått i att testa upplägget genom RCT:er. Även de delar av den evidensbaserade praktiken som ska komplettera evidens (enligt en viss definition), såsom patientinflytande, verkar med andra ord behöva evidensbaseras.

Ett annat exempel kommer från cancervården. Där görs försök att hantera patientperspektivet i regionala vårdprogram. Ofta resulterar dessa försök i någon form av mer eller mindre ambitiös reflektion. Det finns ofta representanter med i framtagandet av vårdprogrammen. Detta indikerar att det finns en vilja att skapa utrymme och strukturer för patientdeltagande, men trots lovvärda försök, finns dessa röster sällan med i de slutliga produkterna. Wallströms utredning (SOU 2017:48) lyfter fram de regionala strukturer som finns inom cancervården som ett gott exempel på stöd för professionerna.

Andra regionala initiativ är tydliga strukturer för så kallat ”ordnat införande”. Patientrepresentanter, professionsföreträdare, etisk expertis och ledningsfunktioner möts regelbundet i ett program- och prioriteringsråd. Där fattas multiprofessionellt förankrade beslut framför allt om frågor som berör stora kostnader eller etiskt känsliga insatser. Även på klinisk nivå finns sådana mer systematiska exempel på att så kallade dialogseminarier och även fortbildningsdagar används för att öka det kollegiala lärandet. Tanken med dialogseminarier är att genom gemensam reflektion tillgängliggöra och bearbeta fler erfarenheter inom ett kollegium.

Nationellt finns självklart många exempel på medvetet arbete i professionsföreningar och vissa kollegiala strukturer såsom vidareutbildning och specialisertordningar. Även om det inom vissa områden kan vara välutvecklat, är bilden att det inom området som helhet behövs mer sådana strukturer. Det gäller speciellt professioner som är nyare och mindre, såsom exempelvis dietister eller audionomer. Den mest systematiska satsningen från huvudmännen på kunskapsstrukturer är de nationella programområdena och de nationella kliniska kunskapsstöden. Detta utvärderas i skrivande stund. Fokusgruppens deltagare som varit i kontakt med NPO:erna menar dock att expertis från professioner och patienter inte får något faktiskt inflytande i den mån att den kliniska komplexiteten får genomslag. Det kan bero på, som vi varit inne på tidigare i kapitlet, att de flesta NPO:erna är formerade efter diagnoser i enlighet med existerande specialiststruktur inom universitetssjukhusen. Under 2019 håller nationella arbetsgrupper på att startas upp inom respektive programområde i ett försök att driva förbättringsarbeten inom olika diagnosområden och vid behov för specifika frågor. Det återstår att se om dessa satsningar kan komplettera de delar som får minst utrymme i myndigheternas kunskapsunderlag.

En än så länge parallell struktur är SKL:s satsning på nationella kliniska kunskapsstöd (NKK). Här finns väldigt tydligt en intention att involvera professionernas expertis och binda samman lokalt och nationellt. På flera sätt skulle försöken med NKK:erna kunna vara en lösning på precis de brister som fokusgruppens deltagare pekar på. Professionsföreträdare som vi talat med (som dock inte ingick i fokusgruppen) indikerar dock att NKK:erna fortfarande är i en uppstartsfas med bristande systematik vad gäller hur deltagare väljs ut och hur synpunkter tas till vara. Här behövs det mer forskning för att förstå vad sådana anekdotiska återgivningarna *de facto* betyder.

Det saknas strukturer för tillvaratagande av professionellas och patienters beprövade erfarenhet

Trots dessa goda exempel som bekräftar regeln är slutsatserna från samtalen i fokusgruppen att resurserna för att ta tillvara professioners och patienters kunskaper i verksamheterna är för svaga. Fokusgruppens erfarenheter bekräftas också i de utredningar om kunskapsstyrning som gjorts av Sofia Wallström och Tillitsdelegationen (SOU 2017:48; SOU 2018:47). Det saknas starka strukturer för att inkludera exempelvis patienters kunskaper om sina egna sjukdomar, erfarenheter och behov samt professionellas kunskaper som baseras på erfarenhet, tyst kunskap och gemensam professionskunskap.

Detta står i bjärt kontrast till den infrastruktur som kunskapsmyndigheterna utgör för att producera kunskapsunderlag. Jämfört med den metodutveckling som skett vad gäller sammanställning av kunskap från RCT:er saknas det bra tekniker, strukturer och genomtänkta processer för att stödja professionernas och patienternas expertis. Lägg därtill den mängd övriga styrdokument som professionerna har att rätta sig efter så blir det tydligt att visionen om evidensbaserad praktik och dess tre integrerade kunskapsstyper än så länge mest är en tankekonstruktion.

Problem 3: Det kunskapsorganisatoriska sammanhanget

För att förstå svårigheterna med de ovan nämnda problemen med framtagande av kunskapsunderlag och mottagarkompetens behöver en tredje problematik nämnas som endast indirekt har att göra med kunskap. Problemet knyter an till organiseringen av vården i så kallade stuprör. Detta problem togs ofta upp i fokusgruppens diskussioner. Vid första anblicken verkar detta vara något helt annat än kunskapsunderlag och mottagarkompetens. Men, organisering av vården är på många sätt det praktiska uttrycket för vad som anses vara god kunskap.

Utformningen av vården i stuprör både förstärker och upprätthålls av evidensbaseringsinfrastruktur. Därmed formar kunskapsstyrning och verksamhetsorganisering två sinsemellan fristående, men samverkande och ömsesidigt förstärkande infrastrukturer – en slags dubbel helix. Ska vi förstå kunskapsstyrningens problem är det nödvändigt att se och förstå organisering som en parallell process.

Begreppet stuprör syftar på högspecialiserad vård där en åtgärd riktas mot ett tydligt och ofta diagnostiserbart tillstånd, med en tydlig början och ett tydligt slut inom en specialitet. Detta illustrerades med en fyrfältare i kapitel 1, där stuprörorganisering motsvarar den nedre vänstra kvadranten. Fyrfältaren beskriver vidare insatser som involverar flera specialiteter, men där tydliga start- och slutpunkter fortfarande råder (nedre högra kvadranten). Figuren har använts i flera tidigare publikationer från Leading Health Care för att beskriva de problem som kan uppkomma för patienter med kroniska tillstånd (övre vänstra kvadranten) och multisjuka (övre högra kvadranten i fyrfältaren). Den här organiseringen har sin egen historia, logik och dynamik, men behöver nämnas eftersom den är likformig med den typ av vetenskapliga logik som präglar framställning av kunskapsunderlag och mottagarkompetensen i verksamheterna. Detta är med stor sannolikhet ingen slump.

En stor del av dagens hälso- och sjukvård är uppbyggd utifrån en struktur som stämmer väl överens med hur vetenskaplig forskning oftast läggs upp, och med kunskapsunderlagens strukturer. Inom evidensbaserad forskning prioriteras forskning på tydliga tillstånd och insatser, allra helst med RCT:er. På samma sätt är många verksamheter uppdelade på tydliga sjukdomstillstånd och diagnoser. Så har också många specialistområden vuxit fram. I ekonomisk styrning gynnas på samma sätt insatser inriktade på avgränsade tillstånd. I fokusgruppen menade deltagarna att den ekonomiska styrningen, liksom metoder för kunskapsunderlag, skapar stuprörsvård och hindrar tvärprofessionellt samarbete.

Ett exempel på detta är ersättningsmodellen för rehabilitering i Stockholm. Rehabilitering är nu ett eget vårdval och modellen för ersättning får, enligt professionsföreträdare i fokusgruppen, konsekvensen att den motverkar sambedomning av exempelvis läkare och fysioterapeut eftersom enbart en av professionerna kan få ersättning vid en sådan bedömning. Ersättningsmodellen hämmar alltså samarbete mellan professioner. När en verksamhet ska bedömas eller planeras har det i styrning som präglats av ideal från New Public Management varit viktigt att skapa mätbarhet. Det måste inte betyda att kombinationer av tillstånd och åtgärder är det som mäts, men det är ofta enklare så. Det gäller även nya system för att mäta kvalitet, såsom värdebaserad vård. Värdebaserad vård låter mjukt men bygger på en extrem standardisering av tillstånd och åtgärder för att kunna jämföra olika vårdgivares värdeskapande (Krohwinkel et al., 2019).

Vid ett samtal om kunskapsstyrningens strukturer behöver organiseringen, mätsystemen och ersättningsprinciperna nämnas eftersom de tillsammans bildar en slags kartell där delarna är ömsesidigt beroende och där strukturerna sannolikt är svåra att förändra enbart från ett håll. (Detta är också en av anledningarna till att Leading Health Care finns och skapar den typ av antologier som denna undersökning ingår i.)

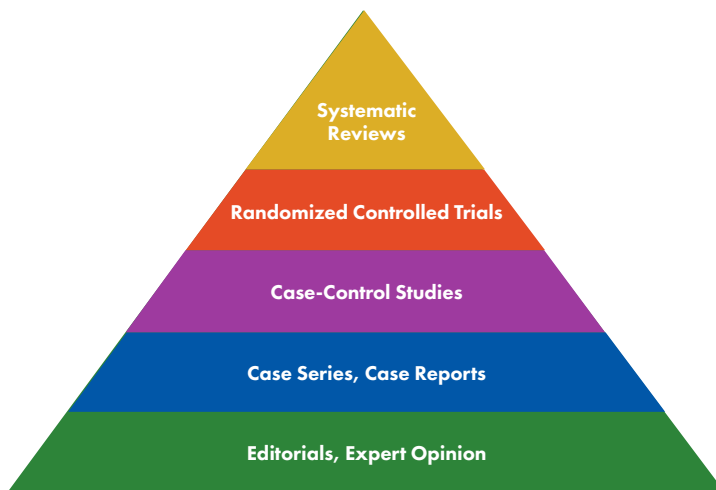
Problemet i problemen: Epistemologi eller synen på god kunskap

Så långt har vi redogjort för de problem som diskuterats av deltagarna i fokusgrupperna. Nästa steg är att reflektera över hur dessa problem kan analyseras på ett sätt som leder vidare. När myndigheter och verksamheter idag tar sig an dessa problem läggs ofta fokus på att ändra formaten på systematiska översikter, riktlinjer eller implementeringen av dessa, vidareutbildning av personal, ökad uppmärksamhet på patienters insikter, och möjligheten att organisera vården mer tvärprofessionellt med fokus på patienternas behov. Många av dessa insatser är rätt tänkta menar vi. Framför allt ser de fyra senaste utredningarna från Stiernstedt, Wallström, Tillitsdelegationen och Nergårdh samma problem och kommer med nödvändiga förslag för att komma tillrätta med situationen (SOU 2016:2; SOU 2017:48; SOU 2018:47; SOU 2019:29). Mycket kan vinnas på dessa satsningar. Men, frågan är om man har tänkt igenom vilka antaganden som många av oss – medvetet eller omedvetet – bär med sig om vad som är god kunskap och om hur kunskapsanspråk kan berättigas. Uppfattningar om vad god kunskap är ligger bakom olika aktörers värderingar av vilka metoder och format som ska användas, vilka system och infrastrukturer som ska byggas upp, och i sista hand vilka beslut som ska fattas. Kunskapssynen formar villkoren för arbetet med kunskapsstyrning och evidensbaserings.

Om det saknas medveten reflektion om dessa antaganden finns risken att man trots upprepade försök hamnar i samma typ av lösning – eftersom man inte ifrågasätter ramen som styr ens tänkande. Synen på kunskap kan fungera som en slags hjulspår. Försöken att skapa något nytt ramlar lätt ned i samma förhållningssätt som har styrt de lösningar som har fört oss dit vi är idag. Det handlar om djupt liggande strukturer som präglar vårt tänkande.

Evidensbaserad kunskap

Med tanke på det grundläggande arbete som många myndigheter har gjort vad gäller de metoder som används för att ta fram kunskapsunderlag är det svårt att hävda att det saknas epistemologiska uppfattningar om vad som är god kunskap. Tvärtom är det typiska för evidensrörelsen, som troligen inspirerat många av myndigheternas modeller och arbetssätt vid exempelvis Socialstyrelsen, SBU och Folkhälsomyndigheten, just starka antaganden om vad kunskap är. En vanligt förekommande symbol som förknippas med evidensrörelsens kunskapsideal är evidenshierarkin eller evidenspyramiden (figur 5.4).



Figur 5.4 Evidenspyramiden. Källa: <http://ebp.lib.uic/nursing/node/12>.

Denna anger den avgörande rollen för RCT:erna och de systematiska översiktterna med deras tydliga kombinationer av tillstånd och åtgärder, genomarbetade statistiska krav och bedömningsmallar. Dessa tydliga kriterier för vad som räknas som god kunskap och genom vilka metoder denna kan nå bygger i sin tur på vissa epistemologiska ideal som kan analyseras som en viss typ av objektivitet, validitet och kausalitet.

Både objektivitet och validitet är begrepp som syftar till hur ett visst kunskapsprojekt skapar kunskap som är trovärdig och sann. Kausalitetsbegreppet syftar till vilket synsätt på orsakssamband som präglar ett visst metodideal. Evidensrörelsen kan sägas värdera intern validitet, procedurell objektivitet och enkel, linjär kausalitet. För att förstå de problem som avtecknas i fokusgruppens samtal, mängder av utredningar och forskningslitteraturen behöver vi förstå dessa evidensrörelsens kunskapsideal i sådana termer.

Evidensrörelsens epistemologi i tre punkter

- **Intern validitet**

Strävan efter intern validitet syftar till att reducera risken för systematiska fel som kan orsakas av förväntningar från deltagande patienter och forskare men också från exempelvis socio-ekonomiska skillnader mellan grupper. Det är för den interna validiteten som RCT:er och systematiska översikter (baserade på RCT:er) är optimala.

- **Procedurell objektivitet**

Objektiv kunskap – alltså rättvisande, opartiska och korrekta resultat – uppnås genom procedurer eller formaliseringar som garanterar att anspråk på kunskap inte är ett utslag av individuellt godtycke. Det är därför expertomdömen hamnar längst ned i pyramiden.

- **Enkel, linjär kausalitet**

De orsakssamband, eller kausaliteter, som i första hand eftersöks är enkla, linjära samband där en orsakande faktor leder till en tydlig effekt. Det är möjligt att utforma exempelvis RCT:er för att förstå mer komplexa samband, men det allra vanligaste är att RCT:er utformas just med fokus på en orsak (ofta en insats) som ska ge en eller några få tydligt urskiljbara effekter.

I diskussioner kring problem med evidensbaserings kunskapsyn är det lätt att lägga skulden på denna kunskapsyn. Vi menar att det finns goda orsaker att *inte* göra det, eftersom vi då riskerar att slänga ut barnet med badvattnet. Strävan efter universell och stark intern validitet, procedurell objektivitet och enkel, linjär kausalitet är inte i sig problemet och få av oss vill vara utan de landvinningar som har varit möjliga tack vare kunskapen om effekter som är oberoende av lokala förutsättningar och mänskliga bedömningar. En stor del av hälso- och sjukvården är helt beroende av att insatser inte enbart gäller på en enda plats med personer som har vissa förkunskaper eller förväntningar. Exempel på detta är mediciner och apparater vars styrka i vissa fall just är en stark generaliserbarhet oavsett person och plats. I denna mening ska metoderna med stark intern validitet kunna frambringa universell kunskap om olika insatser, som därmed kan användas av vem som helst och var som helst.

Detsamma gäller standardisering av mätmetoder, verktyg, konstruktionsmaterial, datorer och mycket mer. De är allesammans tätt sammantvinnade med en kunskapsyn som ligger nära evidensrörelsens arbetssätt.

Kunskapsteoretisk enögdhet

Det är inte evidensbaserings kunskapsyn i sig som är problemet, utan den *dominans* som dess framgångar gett upphov till på områden där den är direkt olämplig. Dominansen har medfört att andra företeelser inte får plats i kunskapsunderlagen och organiseringen av hälso- och sjukvården.

Problemen är väl kända och återkommande i forskningen, ett antal statliga utredningar och våra fokusgruppssamtal. Men, på väldigt få ställen i utredningarna visas en medvetenhet om vilken roll som synen på kunskap spelar.

Med en ökad medvetenhet är det dock lätt att se sambanden: Områden där människors förväntningar har och *ska ha* stark inverkan kan bli svåra att studera om intern validitet och procedurell objektivitet betonas. Det är lätt att se att delar av hälso- och sjukvården där lokala omständigheter varierar av naturliga skäl, kan vara svåra att studera med metoder högt upp i evidenspyramiden. I strävan efter hög intern validitet gynnas den sorts fenomen som fungerar enligt linjära orsak-verkanssamband. Studier som undersöker mer komplexa samband har svårare att skapa lika hög validitet utifrån evidensbaserings epistemologi. Men, de behövs lika fullt – även om den dominerande kunskapssynen inte i första hand är tillämpbar för sådana problem. Validitet, objektivitet och kausalitet behöver med andra ord bedömas olika beroende på problemet och dess kontext, istället för att betraktas på ett enda sätt och ligga till grund för en viss metoanvisning som ska användas oavsett problem.

Det är här den epistemologiska medvetenheten blir så betydelsefull. När myndigheter, utredare och andra har starka uppfattningar om vad som är god kunskap, men saknar begrepp för att medvetet bearbeta dessa uppfattningar skapar det problem. De starka antagandena om vad kunskap är har i allmänhet inte formulerats i epistemologiska termer utan endast som metoanvisningar. När det saknas begrepp för att kunna diskutera olika epistemologiska uppfattningar, riskerar dessa metoanvisningar att fungera som tvångströjor.

En klassisk uppdelning: Positivism och hermeneutik

Inom vetenskapsteorin har ett klassiskt angreppssätt vid diskussioner om synen på kunskap varit en uppdelning mellan positivism och hermeneutik. Beteckningarna härrör från rika, mångskiftande forskningstraditioner med mängder av filosofer och hyllmeter av texter, som sedan har populariserats och spridits på grundkurser och till och med in i vardagsspråket. Det är som sådana förenklade och vardagligt använda begrepp vi talar om dem här.

Positivism brukar knytas till användningen av kvantitativa metoder som skapar kunskap i form av procentuell risk eller nytta om den del av världen som är mätbar i sådana termer. I många av dessa avseenden är evidensrörelsen ett uttryck för en positivistisk hållning. Mot positivismen ställs ibland olika versioner av hermeneutik (och även fenomenologi, även om vi inte fortsättningsvis nämner denna skolbildning) som beskriver hur tolkning av mångfasetterade fenomen kan göras. Hermeneutik kopplas ofta samman med en rad kvalitativa

metoder som kan användas för att förstå komplexa, motsägelsefulla, ofta mänskliga fenomen i världen. Den levda erfarenheten som inte kan reduceras till något enkelt mätbart står ofta i centrum. I stället för en kontextlös kunskap är kunskapen alltid en kunskap för någon, i ett sammanhang, med en mening. Den värld som hermeneutiken utgår ifrån är sålunda en mycket mer komplex och svårhanterlig värld än positivismens. Om positivismens värld är en enkel värld så är hermeneutikens en rörig. Där positivismens problem är tydliga och avgränsade med definitiva lösningar är problemen inom hermeneutiken emergenta. Det betyder att det först efterhand blir tydligt vad som är vad. Sådana problem kan endast förstås genom att följa hur processer utvecklar sig på ett känsligt, anpassningsbart och kontinuerligt sätt.

Inom hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter finns det skillnader som fångas genom en sådan uppdelning mellan positivistiska och hermeneutiska synsätt på metoder, kunskapsideal och människors och organisationers problem. De problem inom evidensbaserad och kunskapsstyrning som forskningen påvisar och som också tas upp av fokusgruppen kan delvis förstås utifrån denna skillnad. Det finns exempel på att evidens kategoriseras och kritiseras som ren positivism med en okänslighet för mänsklig komplexitet. I samma anda är det lätt att se positivistiska drag i styrningsförsök med drag av New Public Management.

Till denna typ av kritik kan man också hänföra Jonna Bornemarks omtalade bok *Det omätbaras renässans* (Bornemark, 2018). I boken hävdar Bornemark att ett av de grundläggande problemen i dagens hälso- och sjukvård är en överdriven tilltro till ett kalkylerande förnuft som utgår från det mätbara. Med hjälp av tankegodis från Nicholas Cusanus (1300-tal), Giordano Bruno (1400-tal) och René Descartes (1500-tal) analyserar hon detta kalkylerande förnuft som ett exempel på en av människans förnuftsformer, nämligen "ratio". Ratio är viktig, men har dessvärre, menar Bornemark, kommit att dominera på bekostnad av en mer kreativ förnuftsform, "intellectus". Intellectus kan arbeta med aspekter som inte är lika definitiva och även närma sig fenomen som till sin karaktär är icke-vetbara. Det är den förnuftsform som vi använder när vi har mindre väldefinierade problem och måste beakta mer av omdöme och intuition utan att helt kunna lägga alla korten på bordet vid varje beslutstillfälle. Bornemark sätter ord på precis den bakomliggande kunskapsteoretiska tendens som präglar evidensrörelsen och NPM. Hennes tes är att denna dominans behöver igenkännas och motverkas för att välfärdens verksamheter inte ska förstöras av ett pedantiskt fokus på det mätbara.

Även om hennes tes stärker vår poäng om en kunskapsteoretisk enögdhet inom evidensrörelsen, finns det dock risker med att fokusera allt för mycket på dessa skillnader och den hegemoni som en positivistisk och rationalistisk

epistemologi har hamnat i, åtminstone om det stannar där. Oavsett om begrepp som positivism/hermeneutik eller ratio/intellectus används är risken att sådana skarpa uppdelningar allt för mycket förenklar synsättet på vad olika uppgifter inom hälso- och sjukvården innebär. Istället för att vara hjälpsamma begrepp för att förstå och lösa problem, riskerar de att öka distansen och polariseringen inom hälso- och sjukvården. Ofta finns såväl positivistiska som hermeneutiska aspekter huller om buller i de verksammas vardag, oavsett om det inbegriper patientnära arbete eller styrning av hela universitetssjukhus. Ratio och intellectus, mätningar och känslomässig inlevelse, kalkyler och tyst kunskap samsas i ett och samma patient- eller styrelsemöte. Att beskriva en annan yrkesgrupp eller organisation som positivistisk eller hermeneutisk blir då sällan klagörande. Resultatet blir i värsta fall epistemologiskt beklädda karikatyrer av andra verksamheter eller uppgifter som väsensskilda från ens egen. Komplexitet och professionella nyanser förblir osynliga, omedvetna och otillgängliga för analys. Då skapas inte på sikt bättre förutsättningar för förståelse och utveckling av den egna praktiken, vilket är vad som behövs.

Bortom det polemiska

Utifrån utvecklingar inom STS-fältet och modernare vetenskapsteori går det att i tre övergripande punkter formulera ett förhållningssätt som undviker att bygga in den polarisering som finns i konflikten mellan positivism och hermeneutik – och som också gör det möjligt att gemensamt börja hantera de problem som blev synliga i samtalen i fokusgruppen. De viktigaste aspekterna i detta är:

1. Insikten om de problem som uppstår när vi tror att världen är på ett enda sätt. Dessa problem uppstår oavsett om våra uppfattningar på förhand förutsätter överdriven enkelhet (positivism/ratio) eller ständig komplexitet (hermeneutik/intellectus). Vi menar att de problem som igenkänns av fokusgruppsdeltagarna och i forskningen beror på denna enögdhet.
2. Erkännandet av ontologisk multiplicitet, alltså den ödmjuka insikten att världen ibland är ordnad och ibland rörig. Problem kan vara enkla, komplicerade eller komplexa. Detta är väldigt tydligt inom hälso- och sjukvårdens mångskiftande verksamheter. Vissa delar av sjukvården kan faktiskt standardiseras med stor nytta för patienter, åtminstone under en tid. Andra delar av sjukvården kan i vissa fall aldrig (eller inte just nu i alla fall) standardiseras – helt enkelt beroende på problemens karaktär.

- Det behov av flexibilitet som följer av detta, där våra definitioner av kunskap behöver förändras beroende på situation. Annars kommer vi att hamra på skruvar, dvs felaktigt extrapolera lösningar från en situation till en annan. I klartext betyder det att kunskapskrav som passar tydligt avgränsade tillstånd och åtgärder behöver kompletteras med insikt om vilken kunskapsstyp som krävs för situationer och organisationer präglade av komplexitet, ambivalens och emergens.

Forsemalm et al. (2019) ger i sin bok *Evidensbaserad stadsutveckling* en illustration av hur grader av osäkerhet om kunskapsläget och konsensus kring värderingar kan variera och påverka våra lösningsförslag (figur 5.5).⁸



Figur 5.5 Illustration av hur grader av osäkerhet om kunskapsläget och konsensus kring värderingar kan variera och påverka våra lösningsförslag. Källa: Forsemalm et al., 2019, efter tillåtelse.

Det finns situationer med ett gott kunskapsläge där vi dessutom delar värderingar (övre vänstra hörnet i figuren). De svåraste problemen inbegriper dock både osäkerhet om lösningar och konflikter om normer och värderingar (nedre högra hörnet).

⁸ Utvecklad från Rob Hoppe: *The Governance of Problems: Puzzling, Powering and Participation*, s. 73.

Detta sätt att se på skillnader i olika problem stämmer rätt väl med Garpenby och Carlssons uppdelning mellan olika typer av kunskapsstyrning (som nämndes tidigare under rubriken "Professionernas och patienternas expertis i verksamheterna"; SOU 1999:66). Kunskapsstyrning kan göras genom riktade satsningar direkt till en målgrupp genom exempelvis en systematisk översikt eller en riktlinje. Den andra modellen är icke-riktad och indirekt och syftar till att skapa förutsättningarna för lokala verksamheter att söka upp, ta emot och integrera ny kunskap, men också själva utveckla ny kunskap.

Mot bakgrund av illustrationen av olika problemtyper i Forsemalm et al. (2019) blir det tydligt att det finns en roll för kunskapsstyrning som är riktad och direkt såväl som satsningar som är icke-riktade och indirekta. Den riktade modellen stämmer väl med linjära uppfattningar om hur information överförs och fungerar troligen bäst när problem är relativt enkla (figur 5.5, övre vänstra hörnet).

Här finns det en roll för positivismens kunskapssyn. Den indirekta modellen stämmer bättre med en hermeneutisk kunskapssyn och de ostrukturerade, krångliga problemen nere till höger i figuren. Man kan säga att samtliga dessa forskare pekar på behovet av att inte på förhand utgå från en enda förståelse av vad kunskap är eller hur ett problem kan lösas.

En fråga som följer av en mer flexibel syn på kunskap är: Vilka risker uppstår när evidensrörelsens klassiska kunskapssyn öppnas upp och kompletteras med andra synsätt? Det är en fråga som inte hinns med i detta kapitel men som behöver bemötas. Det är en sak att peka på problemen med de krav som en viss kunskapssyn för med sig, men en annan sak att vara konstruktiv och föreslå nya lösningar. Helt klart torde lösningen inte vara att avlägsna alla krav. Tvärtom krävs fler modeller för hur validitet, objektivitet och kausalitet kan definieras beroende på sammanhanget.

Mot en modern evidensbaserad

Utifrån denna redogörelse för kunskapssyner går det att hävda att de problem som vi har noterat i forskning, utredningar och fokusgrupper har att göra med att vissa specifika uppfattningar om validitet, objektivitet, kausalitet och överförbarhet dominerar hälso- och sjukvårdens sätt att arbeta. En epistemologi som i vissa situationer har varit och är mycket användbar har därmed kommit att tillämpas i situationer där denna kunskapssyn inte alls är lämplig. Problemen är alltså inte dessa uppfattningar i sig utan de systemfel som de resulterat i.

Det är möjligt att tänka sig konkreta åtgärder för att motverka dessa systemfel. Vi presenterar några sådana förslag nedan. För den som läst hela kapitlet är det överflödigt att nämna att vi inte ser några enkla lösningar på de problem som målas upp. Troligtvis handlar det istället om att arbeta aktivt med bitvisa förändringar på flera nivåer. ”Evidensens öde avgörs i detaljerna” skrev en av oss för åtta år sedan (Bohlin och Sager, 2011). Det gäller i högsta grad hälso- och sjukvårdens öde framöver. De konkreta åtgärder som nämns i rutan nedan är tänkta att visa på en riktning som vi menar att evidensbaseringen inom hälso- och sjukvården behöver röra sig i.

Förändringar i arbetet med nationella kunskapsunderlag

- Fortsätt att bredda metoder och strukturer i framtagning av kunskapsunderlag inom svenska kunskapsmyndigheter. Det handlar om att kunna sammanställa, bearbeta och förmedla professionell expertis, patienters insikter och behov, och organisatorisk kunskap. Denna utveckling pågår redan vid myndigheter som SBU, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Skolforskningsinstitutet.
- Nationella myndigheter och regionala huvudmän behöver förstå riskerna för lokala sammanhang vid sammanställning och förmedling av kunskap. En risk är att lokal expertis underskattas, en annan att kunskap från andra studiedesigner än RCT:er underskattas.

Förändringar i strukturer på regional och lokal nivå

Stärk den lokala kompetensen och infrastrukturen för att bättre fånga upp och bearbeta möjliga konsekvenser av ny kunskap för verksamheterna. För detta krävs det arbete för att:

- Stärka strukturerna för fortbildning och kompetensförsörjning. Verksamheter behöver kompetens och resurser för att utföra denna typ av mer indirekt kunskapsstyrning som har starka drag av organisatoriskt lärande.
- Komplettera centralt framtagna standarder och främja skapandet av lokala kunskapsunderlag som mer eller mindre tillfälliga sätt att gemensamt bemöta problem och pröva nya lösningar. I detta kan också ingå att revidera eller utstränga tidigare standarder.
- Stödja samverkan mellan professioner och organisatoriska enheter för att undvika stuprör när sådana inte behövs.
- Uppvärdera den icke-riktade, indirekta kunskapsstyrning som består i pågående samverkan mellan forskning och praktik. De strukturer som redan finns i form av forskning vid universitet behöver (ännu mer) kopplas samman med de frågor som finns inom verksamheterna i hälso- och sjukvården.

Den som vill ta sig an dessa förändringsförslag får dock inte glömma det här kapitlets huvudtes: Oavsett hur många revolutioner, reformer eller småskaliga verksamhetsförbättringar vi gör så kommer samma misstag att återkomma om vi inte är noggranna med våra grundläggande antaganden om vad kunskap är. Nya metoder och modeller i all ära. Förändrade strukturer är också bra. Men, utan att få syn på och kunna bearbeta själva ramarna för vårt tänkande – eller med Bornemarks och Cusanus ord: *intellectus* – kommer vi troligen att halka tillbaka i samma hjulspår som tidigare. Moderniteten har gett oss en mängd gåvor, men också vissa förbannelser. För att undvika dessa behöver vi en kunskapssyn som är lite mer flexibel för att kunna hantera hälso- och sjukvårdens mångskiftande verkligheter.

Referenser

- Bohlin, I. & Sager, M. (2011) *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv.
- Bornemark, J. 2018. *Det omätbaras renässans : en uppgörelse med pedanternas världsherravälde*. Stockholm: Volante.
- Fernler, K. & Krohwinkel, A. (2018) Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård. *LHC Report 2018:3*. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Folkhälsomyndigheten (2017) *Handledning för litteraturoversikter: Förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur vid Folkhälsomyndigheten*.
- Forsemalm, J., Johansson, M. & Göransson, P. (2019) *Evidensbaserad stadsutveckling: bortom urbana anekdoter*. Årsta: Dokument Press.
- Garpenby, P. & Carlsson, P. (2014) *Mot bättre vetande: Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården*. CMT: Institutionen för medicin och hälsa.
- Group, E.-B. M. W. (1992) Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268, 2420-2425.
- Hasson, H. & Von Thiele Schwarz, U. (2017) *Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hoppe, R. (2011) *The Governance of Problems: Puzzling, Powering and Participation*. Policy Press.
- Krohwinkel, A., Mannerheim, U., Rognes, J. & Larsson, I. (2019) Värdebaserad vård: en organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden. *LCH report 2019:2*. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Lagerlöf, Sager & Zuiderent-Jerak, T. *Compromised Epistemologies: Challenges in producing evidence-based guidelines in public health*. Pågående arbete.
- Lydahl, D. (2017) *Same and different? perspectives on the introduction of person-centred care as standard healthcare*. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs universitet.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.

- Sager, M. (2011) Evidens i administrativt limbo: den implanterbara defibrillatorn mellan forskning och klinik. I: Bohlin, I. & Sager, M. (red.) *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv förlag.
- Sager, M. & Eriksson, L. (2015) Objectivities of a Post-Normal Guideline Project: The Introduction of a Guideline for Sick-Listing Practices in Sweden. *Evidence & Policy*, 11, 351-376.
- SBU (2017) Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten.
- Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*.
- Socialstyrelsen (2018) *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.
- Socialstyrelsen (2019) *Den evidensbaserade modellen*. Tillgänglig via: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbata-evidensbaserat/> [Hämtad 2019-10-21].
- SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? - om statens styrning av hälso- och sjukvården*. Slutbetänkande av HSU2000.
- SOU 2012:33 *Gör det enklare!* Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Slutbetänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.
- SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU 2019:29 *God och nära vård: en primärvårdsreform*. Delbetänkande av Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård.
- Statskontoret (2016) *Statens styrning av kommunerna*. Stockholm: Statskontoret.
- Statskontoret (2018a) *Bättre stöd med kommunal medverkan – hur myndigheter involverar medarbetare i kommuner och landsting när styr- och stödmaterial tas fram*. Stockholm: Statskontoret 2018:11.
- Statskontoret (2018b). *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Statskontoret 2018:23.
- Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing Implementation: Exploring Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as Culture*, 16, 311-329.

Pengar

Ebba Sjögren och Anna Krohwinkel⁹

Användningen av ekonomiska analyser för att värdera och synliggöra hälso- och sjukvårdens verksamhet i allmänhet, och läkemedelsanvändning i synnerhet, har ökat explosionsartat under de senaste decennierna. För ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem är det uppenbart en samhällsgemensam angelägenhet att resurser ”satsas rätt”, inte minst för att upprätthålla det så kallade samhällskontraktet. Samtidigt finns det många som hävdar att ekonomins betydelse för vårdens utveckling vuxit sig för stor. Ambitionen med denna fokusgrupp var att nyansera begreppet pengar och diskutera hur vården och dess problem kan förstås utifrån olika ekonomiska analysperspektiv. *Samhällskronan*, *budgetkronan* och *marknadskronan* är tre metaforer som användes för att strukturera diskussionerna.

Pengar som problemet

Ett återkommande slagträ i olika debatter är att ”man inte bara kan bry sig om pengar”. När det gäller receptbelagda läkemedel framställs två, något förenklade, lösningar på upplevda brister i tillgänglighet och användning. Å ena sidan hävdar en del industri- och professionsföreträdare att tillgänglighet till läkemedelsbehandling kan bli bättre om mer resurser prioriteras till denna utgift. Med mer satsade pengar kan nya och bättre läkemedelsbehandlingar göras tillgängliga för fler som behöver dem. Å andra sidan för flera politiker, tjänstemän och andra professionella företrädare fram att tillgänglighet till läkemedel inte kan lösas genom prioritering så länge priset för nya behandlingar förblir högt.

⁹ En tidigare version av texten i detta kapitel har publicerats som Sjögren, E. & Krohwinkel, A. (2018) *3 kronor: En jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården*. LHC Report Nr 1, 2018.

Med andra ord, det måste bli pengar över för att satsa på fler insatser. Trots att lösningsförslagen är diametralt olika, ligger fokus i båda fallen – lite tillspetsat – på pengar och hur pengarna ska användas.

I detta kapitel problematiseras ett centralt, men outtalat, antagande bakom båda dessa argument: att det är entydigt vad som värderas – och inte värderas – med pengar. Genom att undersöka några vanligt förekommande ekonomiska analysmetoder – den samhällsekonomiska analysen, budgetanalysen och den marknadsekonomiska analysen – är målet att öppna för en mer nyanserad diskussion om vilka värden som bör värnas och ge konkreta förslag på hur så kan ske. Ett första steg i att utveckla diskussionen om hälso- och sjukvårdens förutsättningar och utmaningar är att flytta fokus från pengar till ekonomi.

Ekonomi är inte pengar

I fokusgruppen konstaterades att pengar alltid är en representation, en omräkningsfaktor för olika typer av resurser. I hälso- och sjukvårdens verksamhet ingår många olika typer av resurser såsom bland annat personalens arbetstid, patienters tid och livskvalitet, professioners kompetens, läkemedel, medicintekniska produkter, samt omsorgs- och socialförsäkringsinsatser. När olika resurser representeras med en gemensam måttstock blir det möjligt att analysera hur dessa olika resurser används. Det går att fatta beslut om hur resurser ska satsas, och hushållas med.

Alla ekonomiska tekniker har ett gemensamt fokus på resurshushållning, och använder pengar som en gemensam omräkningsfaktor. Men vad som omräknas till pengar, och hur denna omräkning sker, görs med utgångspunkt från olika antaganden. Tillsammans påverkar dessa antaganden vad det är som synliggörs och värderas med en viss uträknad krona.

En krona är inte en krona

Tidshorizonten är en dimension där ekonomiska analysverktyg bygger in olika antaganden. Är det resurshushållning på kortare sikt, såsom ett år, som ska mätas och utvärderas eller är det resurshushållning i ett flerårigt perspektiv? Vilken betydelse som tillskrivs *organisationsgränser* skiljer sig också åt. Är det bara organisationens egna resurser som utvärderas, eller sätts ett värde också på sådant som händer bortom organisationens gränser? Vid användningen av olika ekonomiska analysverktyg görs också olika antaganden om huruvida *indirekta effekter* ska tillskrivas ett ekonomiskt värde, och därmed ingå i bedömningar av resursanvändning.

Slutligen skiljer sig ekonomiska analysverktyg åt i sättet på vilket bedömningen av god respektive dålig prestation definieras, och om det finns *inbyggda beslutsregler*.

Genom att göra olika antaganden i relation till ovanstående fyra dimensioner kommer olika analysmetoder att ge olika svar på frågan om vad som ger ”värde för pengarna”. Svaret på *när* och *för vem* resurser satsas rätt är *per definition* beroende av vilken sorts ekonomisk analys som görs – och vilken krona som därmed synliggörs. Det finns helt enkelt viktiga skillnader mellan kronor och kronor. För att illustrera detta ska vi stifta närmare bekantskap med tre kronor som har en avgörande betydelse för dagens hälso- och sjukvård.

Tre kronor: Samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan

När läkemedelsanvändning mäts och utvärderas finns det, något förenklat, tre vanligt förekommande kronor: *samhällskronan*, *budgetkronan* och *marknadskronan*. Dessa skiljer sig åt när det gäller vilka antaganden som görs rörande tidshorisont, organisationsgränser, indirekta effekter och inbyggda beslutsregler. Vilka aktörer som använder sig av dessa tre kronor, och när, varierar också.

	TIDSHORISONT	ORGANISATIONS-GRÄNSER	INDIREKTA EFFEKTER	BESLUTSREGEL
<i>Samhällskronan</i>	Flexibelt, ofta flerårigt	Flexibelt	Flexibelt, kan beaktas	Relativ ranking
<i>Budgetkronan</i>	Ej flexibelt, vanligtvis verksamhetsåret eller kortare	Avgörande	Beaktas ej	Ej minusresultat
<i>Marknadskronan</i>	Flexibelt, ofta kortsiktigt	Avgörande	Beaktas ej	Riskjusterad avkastning (teoretiskt) Maximering (de facto)

Figur 6.1 Skillnader i antaganden mellan olika ekonomiska analysmetoder.

Samhällskronan: En flexibel typ med brett intresse för olika effekter

Den samhällsekonomiska analysen syftar till att bedöma olika insatsers kostnadseffektivitet. Inom hälso- och sjukvården är samhällskronan nära förknippad med hälsoekonomi som kunskapsområde. När det gäller läkemedelsanvändning används samhällskronan som ekonomiskt analysverktyg i samband med exempelvis Tandvårds- och läkemedelsverkets utvärdering av produkters subventionsstatus.

I TLV:s beslutsprocess ingår att ta in och utvärdera kostnadseffektivitetsberäkningar från det marknadsförande läkemedelsbolaget. Samhällskronan används alltså för analyser av resursanvändning som görs innan ett läkemedel får tillträde till den svenska marknaden.

I en sådan kalkyl är det ofta mindre viktigt exakt i vilken organisation och vid vilken tidpunkt som plus och minus dyker upp. Det är den större, aggregerade helheten som är intressant. Samhällskronan lämpar sig därmed för att räkna på exempelvis hur kortsiktigt ökade kostnader i primärvården för en preventiv insats ska värderas i förhållande till ett minskat behov av specialistvård senare, och förhoppningsvis även minskade framtida kostnader förknippade med allt från minskad sjukskrivning till ökad livskvalitet under lång tid framöver.

Samhällskronan går att anpassa utifrån det specifika problemområde som ska analyseras och den frågeställning man söker svar på. Det finns inga formella krav på hur samhällskronan ska beräknas, även om det självklart finns etablerade och standardiserade metoder för hur beräkningar ska utformas. Det går alltså att räkna på olika typer av indirekta kostnader och intäkter, såsom minskningar respektive ökningarna i livskvalitet, vilka tillskrivs ett ekonomiskt värde.

Det finns ingen inbyggd beslutsregel för vad som är ett tillräckligt respektive otillräckligt värde på samhällskronan. Med andra ord finns det ingen absolut definition av adekvat kostnadseffektivitet.¹⁰ I beräkningarna använder man sig ofta av måttet kostnad/kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), men vilket värde som är (för) dyrt eller billigt bestäms inte av den ekonomiska analysmetoden. Däremot går det att göra en relativ ranking av olika insatser, där en lägre kostnad/QALY är bättre än ett högre värde. Beslutsfattande instanser kan också etablera en praxis för vad som anses vara dyrt eller billigt (se t.ex. Svensson, Nilsson & Arnberg, 2015).

Budgetkronan: En något stel typ med organisationen i blickfånget

Budgeten är kanske det mest igenkända och vanligt förekommande ekonomiska analysverktyget. Budgetar förekommer i snart sagt varje privat och offentlig organisation, och ofta även på flera olika nivåer i en organisation. Detta verktyg används, mer eller mindre uttalat, för två huvudsakliga aktiviteter:

10 Endast om kostnadseffektivitetens beräkning ger ett negativt värde – vilket ska tolkas som att man har intäkter istället för kostnader för en viss insats – är det entydigt positivt. För att kostnad/QALY ska bli negativ måste antingen täljare eller nämnare vara negativ. En negativ kostnad skulle innebära att kostnaden för ett läkemedel understiger dess positiva effekter. Det är teoretiskt möjligt. Alternativet är svårare. Ett negativt QALY-värde skulle betyda att tillståndet är "värre än att vara död".

planering och uppföljning av organisationens verksamhet. I det senare ingår även ansvarsutkrävande gentemot framför allt chefer på olika nivåer.

Ett antal egenskaper gör att budgeten är ett lämpligt verktyg för att planera och utvärdera resurshushållning inom organisationer. För det första är budgetkronan anpassad till att strikt följa organisationsgränser. Ett bidragande skäl till detta är att budgetkronan begränsar sig till att värdera direkt finansiell prestation och resursförbrukning. Endast sådana resurser som kan uttryckas i finansiella termer, i form av intäkter eller kostnader, kan beaktas. De finns även en mängd lagar och regler som bestämmer hur organisationers finansiella rapportering ska utformas. Det går alltså inte för organisationen själv att fritt bestämma vad som ska räknas som en intäkt eller en kostnad, eller när någonting är en tillgång med ett visst ekonomiskt värde. Regleringen av budgetkronan inbegriper även dess tidshorisont. Av skatteskal måste de flesta organisationer rapportera sin finansiella prestation per verksamhetsår om 12 månader.

Sammantaget är budgetkronan alltså relativt sett mindre flexibel och mer standardiserad än den tidigare beskrivna samhällskronan, samt organisationsfokuserad. Budgetkronan är därmed ett verktyg som är lämpat för att styra verksamhetsnära prioriteringar, utifrån de ekonomiska flöden och finansiella resurser som en specifik organisation förfogar över. Budgetkronan har ingen inbyggd beslutsregel, men vedertagen praxis är att det inte ska vara minus i budgeten. Detta tydliga kriterium för ett gott utfall – att hålla budgeten – har gjort att budgetkronan blivit ett av de vanligaste verktygen som används för att ställa beslutsfattare och verksamhetschefer till svars för vad just deras organisation åstadkommit.¹¹

Marknadskronan: En fokuserad typ inriktad på att säkra avkastning på finansiella resurser

Marknadskronan är utformad för att bedöma vilken av olika satsningar som ger bäst finansiell avkastning. I en marknadsekonomi är marknadskronan av stor betydelse, eftersom den är med och skapar en måttstock för att bedöma

11 Det ställs särskilda krav på hur offentliga organisationers budgetar ska se ut. Kommunallagen (2017:725) innehåller ett budgetbalanskrav som kringskär möjligheten att driva verksamheten med underskott. Balanskravet innebär att kommuner och landsting skall upprätta en budget för varje kalenderår (budgetår) så att intäkterna överskrider kostnaderna. Om de redovisade kostnaderna överstiger intäkterna ett räkenskapsår ska det negativa resultatet och det egna kapitalet återställas inom tre år. För staten finns i sin tur det finanspolitiska ramverket som utvecklades efter 1990-talets finanskris med en rad åtgärder, inklusive det ännu gällande, men nyligen uppdaterade, överskottsmålet (Finansutskottets betänkande 2016/17:FiU20; SOU 2016:6).

huruvida ett investeringsalternativ ger tillräckligt bra ersättning för den risk som tas genom att satsa resurser. Marknadskronan kan också användas för att jämföra mellan olika investeringsalternativ, för att se vilket som kan tänkas ge bäst avkastning.

I likhet med samhällskronan så har marknadskronan ett flexibelt synsätt på tid. Det går att räkna på händelseförlopp som sträcker sig över många år. Men det är också möjligt att räkna på marknadskronan på mycket kort sikt, i princip i realtid.¹² Samtidigt har marknadskronan, liksom budgetkronan, ett tydligt fokus på de direkta finansiella flöden som är kopplade till en viss organisation. Men medan budgetkronan fokuserar på organisationsenheten så är marknadskronan huvudsakligen inriktad mot kapitalägarens resurshushållning.

Finansieringen av innovationer inom hälso- och sjukvården är ofta avhängig att någon kapitalägare, till exempel aktieägare i ett läkemedelsföretag, är villig att ta risker med sina pengar, i utbyte mot en framtida avkastning. Att marknadskronan räknas hem är exempelvis av stor betydelse för majoriteten av svenska medborgare, vars framtida pension beror på avkastningen på deras pensionsavsättningar.

Marknadskronan har tydliga inbyggda föreställningar om vad som är ett gott utfall. En teoretisk idé är att avkastningen på en investering ska ge tillräcklig ersättning för den risk som investeringen utgör. Enligt denna beslutsregel ska kapitalägare, över tid, aldrig få mer än den riskjusterade avkastningen. I praktiken har dock maximering av avkastning vuxit fram som en de facto beslutsregel, något som varit föremål för återkommande kritik från bland annat regelsättare, forskare och media (se t.ex. Lazonick & O'Sullivan, 2000).

Faror med att blanda ihop olika kronor

Gemensamt för olika verksamhetsrelaterade resurser som till exempel läkemedel, professionell kompetens, IT-system, byggnader och mycket mer är att vi använder dem för att skapa värde. Detta värdeskapande kan ske på olika platser i och utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Det skapade värdet kan också realiseras över olika tidsperioder, från omedelbart till över mycket lång tid. Därtill kan det finnas olika dimensioner i vad som betraktas som värdefullt, till exempel medicinsk kvalitet och patientupplevt bemötande.

12 Exempelvis går det att beräkna kapitalmarknadens förväntade totala avkastning (räntabilitet på eget kapital) för ett noterat bolag genom att ställa det aktuella marknadsvärdet (av eget kapital) i relation till årets förväntade resultat.

Samtliga av dessa aspekter kan på olika sätt beskrivas i pengar. Därmed krävs en medvetenhet om vad de kronor vi räknar borde representera, och vad de faktiskt kan sägas representera. Annars finns en risk att beslut blir ensidiga, och att det uppstår brister i ansvarsutkrävande. Att ”pengafrågan” blivit föremål för sådan utbredd och polariserad kritik tolkar vi delvis som ett uttryck för att olika kronor blandas utan närmare hänsyn till deras olikheter.

När tiden tappas bort kan det gå antingen för långsamt och eller fort och fel

Ett första problem med att blanda kronor är att tidsperspektivet osynliggörs. Olika ekonomiska analyser värderar tid på skilda sätt. När budgetkronan och marknadskronans korta tidshorisont ställs mot samhällskronans potentiellt mycket längre tidsperspektiv finns risken att det uppstår tröghet i hur beslut fattas och genomförs. Ett välkänt område där sådan tröghet uppstår är vid införandet av innovationer. Ekonomisk osäkerhet vid framtagande av innovationer är ett generellt problem, särskilt i tidiga faser av utvecklingsarbete. De ekonomiska resurser som krävs under utvecklingsarbetet skapar ett tryck på att få avkastning på denna satsning genom ett snabbt införande (marknadskronan). Samtidigt kan de relativt snabba omställningar som innovationer ger upphov till skapa svårigheter i att hantera kortsiktiga förändringar i exempelvis kostnader (budgetkronan). Inom vården uppstår ytterligare osäkerhet i införandefasen, då användning av nya lösningar ofta missgynnas på grund av osäkerhet gällande medicinsk effekt, patientsäkerhet och andra – ur ett finansiellt perspektiv – indirekta konsekvenser av klinisk användning (samhällskronan) (jfr. Krohwinkel et al., 2017).

När resursanvändningen över tid inte analyseras på ett systematiskt sätt riskerar det även att uppstå tröghet i att fasa ut arbetsmetoder eller behandlingsformer vars direkta och indirekta effekter är otillräckliga jämfört med tillgängliga alternativ. Nedprioriteringen av utgifter för preventionsinsatser eller botande behandling i nutid, vilka på sikt bidrar till att framtida ohälsa minskar eller undviks, är ett uttryck för detta problem (se exempel 1 nedan).

Ett något mindre uppmärksammat problem, åtminstone i den offentliga debatten, är att det också kan bli ”fort och fel” i vissa beslut. Exempelvis kan resurser satsas i slutet av verksamhetsåret för att utnyttja ett budgetutrymme innan periodens slut (s.k. utbetalningstryck). Den utbredda användningen av kortsiktiga projekt, med tillhörande finansiering, för att hantera mer grundläggande strukturproblem skulle också kunna tolkas som en olycklig effekt av ett mindre utvecklat tidsperspektiv.

Om organisationsgränser inte hanteras hamnar saker mellan stolarna

Ett andra problem med att utskiljningslöst blanda kronor från olika ekonomiska analyser är att organisationsgränser inte beaktas på ett systematiskt sätt. Därmed riskerar det att uppstå glapp mellan vad olika parter fattar beslut om, och satsar resurser på. Det är exempelvis ett välkänt problem att patienter med komplexa och sammansatta behov kan falla mellan stolarna då olika vårdgivare fokuserar på sina avgränsade uppdrag. Preventionsarbete, hanteringen av kroniska medicinska tillstånd, och äldre personers sammansatta behov av vård och omsorg, är områden där samverkansproblem många gånger har identifierats. Även behandlingen av allvarliga sjukdomar med potentiellt snabb negativ progression, exempelvis cancer, kan ge upphov till samordningsproblem mellan diagnosticering och behandling.

Att ingen tar ansvar för den så kallade helheten, trots en bred förståelse för värdet av samordning, kan delvis härledas till krocken mellan samhälls-ekonomiska analyser och styrning som bygger på budgetkronan. Exempelvis utformas ersättnings- och uppföljningssystem vanligen med utgångspunkt från den så kallade påverkansprincipen, som innebär att ansvar bara ska utkrävas för handlingar och resultat som den verksamhet som styrs själv har full kontroll över. Genom att praktisera påverkansprincipen och exempelvis ge enhets specifika ersättningar, ökar fragmentiseringen mellan verksamheter, eftersom uppmärksamheten riktas mot resursoptimering hos individuella vårdgivare på kort sikt, snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen (exempel 2).

EXEMPEL 1

När kronor krockar: "En flerårig behandling är inget budgetproblem, men en 12-veckors kan bli det"

Det finns många exempel som synliggör vilka problem som kan uppstå när olika kronors tidshorisont krockar med varandra. Ett i närtid aktuellt exempel som påtalades i fokusgruppens samtal var läkemedelsbehandling för att bota patienter med kronisk hepatit, orsakad av Hepatit C-virus.

Hepatit C är en virusorsakad leverinflammation, som ofta övergår i en kronisk infektion med ökad risk för allvarliga långtidskomplikationer (RAV, 2017). Kronisk hepatit ger således upphov till en rad direkta och indirekta konsekvenser i form av bl. a. ökade vårdkostnader, samt minskad livskvalitet och ökad risk för förtida dödlighet.

Under senare år har nya läkemedel godkänts som kan bota Hepatit C-infektionen. Användningen av dessa läkemedel uppmärksammades tidigt för att direkt påverka budgetkronan, genom ökade läkemedelskostnader (Ohlin, 2015).

EXEMPEL 1 FORTSÄTTNING...

En särskild satsning inom ramen för det statliga bidraget till läkemedelsförmånen var ett försök att påskynda införandet, då detta bedömdes ha positiva effekter räknat i samhällskronor (Bergqvist, 2015). Emellertid begränsades den rekommenderade användningen till de svårast sjuka patienterna.

Det ursprungliga motståndet mot en bredare användning av läkemedel för att bota Hepatit C kan kontrasteras mot långvarig läkemedelsbehandling av andra kroniska sjukdomar, exempelvis reumatologiska sjukdomar. Dylika behandlingar kan över tid medföra stora kostnader per patient, men den direkta påverkan på budgetkronan blir mindre och mer förutsägbar för varje år.

Efter att fokusgruppen avslutade sitt arbete under våren 2017 kom NT-rådet i december samma år med nya rekommendationer kring behandling av kronisk hepatit. Här framhålls att det finns mycket god vetenskaplig evidens för en mycket stor effekt av läkemedelsanvändning (samhällskronan). Parallellt med rekommendationerna har nya avtal utarbetats med vissa läkemedelsföretag som skapat en "definierad maximal behandlingskostnad per patient". Detta kan tolkas som ett försök att både minska storleken och öka förutsägbarheten i effekten på budgetkronan. Särskilt när det gäller en botande behandling ligger det väl i linje med marknadskronans värdering av tidigare intäkter att läkemedelsföretag kan vara villiga att förhandla om priset per patient, för att öka förskrivningsvolymen.

EXEMPEL 2

När kronor krockar: "Ingen räknar på helheten"

Även när försök görs för att förändra hur ekonomiska resurser utvärderas och fördelas kan svårigheter uppstå. Detta framträder exempelvis i en tidigare studie av avtalet om Zytiga, ett prostatacancerläkemedel för vilket det infördes ett så kallat riskdelningsavtal baserat på kliniskt utfall (Rognes et al., 2015). Enligt avtalet skulle en del av kostnaden för läkemedlet återbetalas för de patienter som efter 12 veckor inte uppvisat en klar medicinsk förbättring. Denna modell byggde på att varje region och dess kliniker följde upp resultatet av att sätta in Zytiga för varje enskild patient. Detta resultat rapporterades tillbaka till Janssen Cilag AB för eventuell återbetalning i de fall som Zytiga inte gett resultat. Implementeringen av riskdelningsavtalet stötte emellertid på ett antal utmaningar kopplade till utformningen och användningen av ekonomiska styrverktyg.

Flertalet av de av verksamhetsföreträdare beskrivna hindren hör samman med en ensidig och omfattande användning av budgetkronan. Exempelvis framkom det att beställarnas budgetprocess var dåligt anpassad till riskdelningsmodeller, eftersom denna vanligen sköts årsvis och kräver en viss prognostisering av läkemedelskostnader. Riskdelning försvårar budgetering enligt ordinarie metod och process då det inte finns en på förhand given läkemedelskostnad på region- eller klinisknivå, eller ens en slutlig kostnad vid slutet av budgetperioden. Dessa problem bottnar i budgetkronans tidshorisont. Även budgetkronans inbyggda syn på organisationsgränser och olika kostnadsposter bidrog till att underminera riskdelningsavtalet.

På klinisknivå var budgetposterna för läkemedel och andra resurser såsom personal uppdelade, vilket medförde att en ökning av resursåtgången för administrativt arbete, till exempel för uppföljning av utfallet av Zytiga, inte kunde vägas in i budgeteringen av läkemedlet.

EXEMPEL 2 FORTSÄTTNING...

Bristen på helhetsgrepp skapade hinder för att på ett bättre sätt samordna resurser med behandlingar, samt för att kunna se huruvida ett införande gav ett positivt utfall på det stora hela, inte bara inom ramarna för en specifik budget (till exempel läkemedelsbudgeten).

Exemplet med Zytiga är av mer allmängiltigt intresse eftersom produkten bedömdes ha en otillfredsställande kostnadseffektivitet (sambällskronan), först av TLV och sedan även av dåvarande NLT-rådet. Läkemedlet blev ändå rekommenderat baserat på det förhandlade riskdelningsavtalet. Sammantaget framträder ett behov av att verksamhetsstyrningen på ett bättre sätt speglar bärande antaganden i sambällskronan, där resurshushållning mer flexibelt betraktas över organisationsgränser och över tid.

Möjligheter med att få kronor att mötas

Värdera tid med pengar

En mer systematisk hantering av olika ekonomiska analyser kan borgea för en mer explicit värdering av tidsdimensionen vid införande och utfasning av läkemedel. Många upplever att det idag finns trögheter i båda dessa processer. Sådana trögheter är negativa för marknadskronan och sambällskronan, eftersom dessa uttryckligen värderar pengar i relation till tid. Däremot kan tröghet vid införande av läkemedel exempelvis vara positivt ur budgetkronans mer kortsiktiga perspektiv. Dock är principen om att säkra rätt patienters snabba tillgänglighet till verksamma produkter och tjänster ett värde som alla verksamma i hälso- och sjukvården vill värna. Därmed förefaller det finnas möjligheter att skapa en större samsyn kring hur tid kan värderas, genom en samordning av olika ekonomiska analysmetoder.

Ett verktyg för att synliggöra tid är att påvisa alternativkostnaden av att vänta och se, med hjälp av de tre kronorna (budgetkronan, sambällskronan och marknadskronan). Detta kan avhjälpa den så kallade ”steady-state-problematik” som uppmärksammats vid införande av innovationer (Christensen, Kaufman & Shih, 2008). Denna problematik bottnar i ett ensidigt fokus på att utvärdera resursanvändningen kopplad till det nya alternativet, då det antas att verksamhetens nuvarande utformning kan fortsätta oförändrad utan negativa konsekvenser. När de resurser som används i den befintliga verksamheten osynliggörs, framstår den nya arbetsmetoden eller behandlingsformen ofta som mindre fördelaktig. Att utvärdera konsekvenserna av att *inte* införa eller fasa ut en behandlingsmetod, gör att det ställs mer likartade krav på det befintliga och det nya handlingsalternativet.

En sådan analys kan även tydliggöra var det kan behövas omfördelning och eventuellt omprioritering av resurser såväl mellan, som inom organisationer.

Analysen av alternativkostnader kan vara relevant att göra såväl på nationell och regional nivå, som på lokal organisationsnivå. En sådan analys kan vidareutveckla värderingen av tid inom ramen för processer för så kallat ordnat införande. Ordnat införande är idag en nationell process som syftar till att synliggöra och samordna regionernas arbete med att införa nya läkemedel i vården. Att öka kapaciteten för sådana utvärderingar kan eventuellt påskynda enskilda processer. En mer genomgripande förändring vore att vidareutveckla enskilda regioners och organisationers kapacitet att förutse hur nya arbetsmetoder och behandlingsformer kan få kort- och långsiktiga effekter på budgetkronan och samhällskronan.

Idén med ordnat införande skulle också kunna vidgas på nationell nivå till att än mer synliggöra konsekvenserna av läkemedelsinförande bortom hälso- och sjukvården, exempelvis för svensk forskning och export. Detta skulle vara i linje med den Nationella läkemedelsstrategins ambition att säkra tillgänglig och långsiktig hållbar läkemedelsförsörjning.

Synliggör verksamhetsberoenden i tid och rum

Det är välkänt att ekonomi- och verksamhetsstyrning ofta osynliggör verksamhetsberoenden, och därmed kan försvåra samverkan i löpande verksamheter såväl som utvecklingsarbete som involverar flera organisatoriska enheter (Kraus & Lind, 2008). Att synliggöra verksamhetsberoenden är därmed en annan metod att försöka bryta särskilt budgetkronans och marknadskronans avgränsade perspektiv. Här pågår det olika försöksverksamheter inom läkemedelsområdet. Hittills finns det sämre erfarenheter av riskdelningsavtal på regionnivå (exempel 2). Ett nytt förslag på antibiotikaområdet är att skapa ett gemensamt nationellt system, där staten och regionerna samarbetar (exempel 3).

När det gäller utrymmet för innovation är det också värt att notera att alltför detaljerade ersättningsystem, exempelvis där betalning utgår per fördefinierad åtgärd, kan begränsa den flexibilitet som behövs för att testa nya produkter och metoder i praktiken. Exempel på hur ersättningen kan göras mer generell är till exempel en ökad användning av anslagsfinansiering, ersättning för en individs samlade vårdbehov, eller ersättning som ges utifrån aggregerade resultat för en viss patientpopulation. Gemensamt för dessa ersättningsformer är att de ger större frihet i utförandet och utrymme för variation i arbetssätt inom och mellan verksamheter.

Olika typer av innovationsfonder eller innovationsupphandlingar som ger ökat utrymme för experimenterande kan också ingå. Temporära finansieringsformer för specifika ändamål (projekt eller andra tidsbundna avtal) används ofta för att skarva mellan budgetstyrningens resultatenheter och årscykler i relation till innovationers bredare fokus och/eller längre tidshorisont. Samtidigt bör noteras att projekt sällan är en långsiktig lösning för att öka mottagligheten för innovationer i vårdens vardagsarbete, speciellt om den ordinarie ekonomistyrningen är detaljerad och/eller fragmenterad.¹³

EXEMPEL 3

Att få kronor att mötas: Främjande insatser på antibiotikaområdet

På antibiotikaområdet har det sedan en tid rått allt större samförstånd på såväl nationell som internationell policynivå om behovet av att skapa bättre incitament för utveckling av nya terapier, samt effektiv användning av såväl gamla som nya antibiotika. En återkommande analys är att det under längre tid funnits ett överdrivet kostnadsfokus (budgetkronan), vilket tagit sitt uttryck i en restriktiv hållning mot användningen av nya och dyrare antibiotika. Denna ovilja att använda och betala för nya antibiotika har minskat intresset från industrin att investera i att ta fram nya produkter (marknadskronan) och skapat negativa samhällsliga kostnader då behov av nya behandlingsalternativ föreligger (samhällskronan). Insatser görs nu för att häva den negativa spiralen som uppstått i mötet mellan olika kronor.

Några förslag som uppmärksammats i ett svenskt sammanhang gäller utformningen av ersättningssystemet. Inom ramen för den Nationella läkemedelsstrategin föreslår Folkhälsomyndigheten och TLV i en rapport från 1 december 2017 att en abonnemangsmodell för nya antibiotika med marknadsskydd ska pilottestas (Folkhälsomyndigheten och TLV, 2017). Denna ersättningsmodell innebär att företaget garanteras en viss intäkt i utbyte mot att de håller en viss volym av produkten tillgänglig, samt ersätts för användning. Dock ska en efterhandsjustering göras av mellanskillnaden mellan den garanterade ersättningen och företagets faktiska intäkter från användning varje år. Till skillnad från riskdelningsmodellen (som beskrivs i exempel 2), skulle det medföra mindre osäkerhet kring vilken kostnad respektive intäkt som kommer att uppstå för köpare respektive säljare av läkemedlet. Genom att på förhand bestämma ersättningsnivåer för tillhandahållande, spelar produktens faktiska användning en relativt mindre avgörande roll för ersättningsnivån. En ökad förutsägbarhet skulle vara fördelaktig ur budgetkronans perspektiv. Därmed skulle vinster i tid kunna göras, vilket är till gagn för samhällskronan och marknadskronan.

13 För en detaljerad genomgång av för- och nackdelarna med alternativa ersättningsformer i relation till samverkan respektive innovation, se LHC-rapporterna *Ekonomi på tvären (LHC 2014:1)* och *Ekonomi för framtiden (LHC 2017:2)*.

Ordning på kronorna

Hälso- och sjukvården i allmänhet, och läkemedelsområdet i synnerhet, kommer även fortsättningsvis att vara föremål för olika ekonomiska analyser. Därmed är det viktigt att veta vad för krona man har att göra med. Detta kapitel visar att ekonomiska analysverktyg kan sorteras utifrån fyra dimensioner:

- tidshorisont
- organisationsgränser
- indirekta effekter
- inbyggda beslutsregler

Samhällskronan, budgetkronan och marknadskronan skiljer sig åt i relation till dessa dimensioner. Därmed får de olika karaktär, vilket påverkar hur de lämpligen kan användas:

Samhällskronan är mycket flexibel och har förmågan att fånga långa tidsförlopp och konsekvenser som sträcker sig vida bortom den enskilda organisationens gränser. Denna flexibilitet gör samhällskronan relativt abstrakt; den kan avbilda många olika saker. Samtidigt medför flexibiliteten att detta ekonomiska analysverktyg kan användas för att jämföra vitt skilda handlingsalternativ, och samordna valet av handlingsalternativ *mellan* organisationer. Samhällskronan kan vara ett verktyg för att ranka alternativ för att hitta det bästa, men kan också tjäna till att identifiera vilka alternativ som är tillräckligt bra. Emellertid är samhällskronan sämre anpassad för att avgöra vilka konsekvenser som ett beslut kan få för den enskilda organisationen. Därmed är det svårt att använda samhällskronan för att bestämma vad en verksamhet ska göra och utvärdera utfallet av detta beslut.

Budgetkronan är det ekonomiska analysverktyg som de allra flesta verksamhetsföreträdare använder och utvärderas på. Det är den minst abstrakta kronan, som tydligt går att koppla till de resurser som en organisation förfogar över. Budgetkronan uppmuntrar till ett kortsiktigt beaktande av finansiella konsekvenser för den egna organisationen. Den är tänkt att användas för att utkräva ansvar. Budgetkronan är inflexibel, och bidrar till trögrörlighet när ett beslut kan medföra ökade kostnader på kort sikt. Därmed är budgetkronan sämre lämpad för att utvärdera och införa innovationer.

Marknadskronan förenar budgetkronans ensidiga finansiella fokus och avgränsade organisationsperspektiv med samhällskronans långa tidshorisont. Liksom samhällskronan kan marknadskronan tjäna som verktyg för att jämföra handlingsalternativ. Då marknadskronan har en tydligt inbyggd beslutsregel

är den användbar och förutsägbar för enskilda organisationers beslut. Däremot skapar den inflexibilitet i mötet med andra organisationer; ömsesidiga verksamhetsberoenden och indirekta effekter avbildas inte av marknadskronan.

De tre kronornas olika karaktär medför att det lätt kan uppstå konflikter dem emellan. För att undvika sådana konflikter kan det verka tilltalande med strikta beslutsregler. Vid första anblick förefaller det enklare att avgöra prioriteringen av nationella, regionala och lokala resurser utifrån en fast kostnad per QALY (samhällskronan) eller en läkemedelskostnadsbudget (budgetkronan) eller ett avkastningskrav (marknadskronan). Problemet är dock att samtliga kronor beräknas och analyseras av olika aktörer, som var och en har besluts-makt och handlingsutrymme. Därmed finns inga förutsättningar för *ett* system som på förhand jämkar samman och balanserar alla kronor. Det ligger därmed i olika aktörers intresse att explicit förhålla sig till dessa olika ekonomiska analysmetoders dimensioner och utbredning.

Hur kan man "hålla koll på kronorna"? Nedan beskrivs ett tvådelat analyschema som med utgångspunkt från de fyra dimensionerna synliggör dels frågeställningens karaktär, och dels de deltagande aktörernas beslutsregler.

Vad kännetecknar frågeställningen?

Att förstå hur den specifika frågeställningen faller i relation till tid, organisationsgränser och indirekta effekter kan ge en vägledning kring vilka ekonomiska analysmetoder som kan vara lämpliga, och vilka krockar mellan beslutsregler som kan uppstå:

- **Tid**

Kort eller lång tidshorisont för konsekvenserna av agerande?

Tidspress för beslut: ja eller nej?

- **Organisationsgränser**

Konsekvenser avgränsat till en organisation eller spänner över organisationsgränser?

Besluts-makt avgränsat till en organisation eller flera?

- **Indirekta effekter**

Stora eller små indirekta effekter?

Positiva eller negativa direkta eller indirekta effekter?

Jämn eller ojämn fördelning av direkta respektive indirekta effekter?

Jämn eller ojämn fördelning av positiva respektive negativa indirekta effekter?

Vem sitter med vilken krona?

Eftersom olika ekonomiska analysmetoder även skiljer sig i termer av inbyggda beslutsregler, är det relevantt att förstå vilka beslutsregler och grunder för ansvarsutkrävande som olika parter har att förhålla sig till.

När i beslutsprocessen förekommer en viss krona? Kronor som ska vara beslutsunderlag är särskilt intressanta att identifiera. Vad används kronan till? Kronor som används för att utvärdera enskilda medarbetare eller organisationer är av stor betydelse, eftersom dessa kan förväntas styra beteende i högre utsträckning än analyserande beräkningar.

Tabellen nedan ger några exempel på ekonomiska analysverktyg som några centrala aktörer i hälso- och sjukvården använder sig av för att räkna på läkemedelsanvändning, samt i vilket syfte (analys eller utvärdering) som dessa verktyg används.

	BUDGETEKONOMISK ANALYS	SAMHÄLLSEKONOMISK ANALYS	MARKNADSEKONOMISK ANALYS
<i>Regionen</i>	Utvärdering av kostnader i relation till budget, balanskrav	Analys av samhälls-ekonomiska effekter inom regionens ansvarsområden	Analys av flerårigt investeringsbehov för att möta utvecklingstrender
<i>Kliniken</i>	Utvärdering av ersättning och kostnader i relation till årlig budget	Analyseras ej direkt	Beaktas ej (givet offentlig finansiering)
<i>Läkemedelsbolaget</i>	Utvärdering av försäljning i relation till budget	Analys av betalningsvilja Analys av hälsoekonomiska effekter inför ansökan om subvention	Analys av försäljning över produktionscykel Utvärdering av kapitalavkastning
<i>TLV</i>	Analys av besparingar från minskade läkemedelskostnader (t ex av generikautbyte)	Analys av hälso-ekonomiska effekter	Analys av minskad (terapeutisk) konkurrens som resultat av prissättning på läkemedel

Figur 6.2 Hur olika ekonomiska analysperspektiv används av olika aktörer inom läkemedelsområdet.

Mer hälsa per kronor

Hälso- och sjukvården utmärks av en mångfald av aktörer och intressen. Vissa parter kanske mer uppenbart känner ansvar eller påverkas av värderingar utifrån en viss typ av krona. Emellertid har alla parter att förhålla sig till samtliga tre kronor, i större eller mindre utsträckning, eftersom satsningar i hälso- och sjukvården inte kan göras ensidigt utan förutsätter samordnad handling. För att säkra kloka och långsiktigt hållbara satsningar som kommer patienter och medborgare till gagn måste alltså alla de tre kronorna ”räknas hem”.

Detta kapitel pekar på några övergripande sätt att göra detta:

- Synliggör och fokusera på hur tid och organisationsgränser värderas av olika ekonomiska analysverktyg.
- På sektorsnivå, undersök behovet av ändrade indelningar av tid och organisationsgränser, behovet av kompletterande ekonomiska analysverktyg och/eller gemensamma forum för att explicit värdera tid och organisationsgränser.
- Synliggör hur ekonomiska analysverktyg används för att analysera respektive utvärdera beslut och beteende.
- På organisationsnivå, undersök behovet av att förändra hur beslut och beteende värderas och utvärderas, t ex genom utformning av ersättnings-system, beslutsregler och former för ansvarsutkrävande.

Att påbörja arbetet att etablera mer utvecklade former för att explicitgöra och balansera de olika perspektiv som kommer till uttryck med de tre kronorna, torde vara av vikt för att hantera en framtid där nya behandlingsmöjligheter kommer att ställa höga krav på att utveckla inte bara hälso- och sjukvårdens praktik, utan även dess styrning.

Referenser

- Bergqvist, K. (2015) *Statliga pengar viks för hepatit C-läkemedel*.
Läkartidningen 2015-03-18.
- Christensen, C. M., S. P. Kaufman & W. C. Shih (2008) Innovation killers: How Financial Tools Destroy Your Capacity to Do New Things. *Harvard Business Review*, 86(1), 98–105.
- Fernler, K., A. Krohwinkel, J. Rognes & H. Winberg (2014) *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Leading Health Care Report 2014:1.
- Finansutskottets betänkande 2016/17:FiU20. *Riktlinjer för den ekonomiska politiken*.
- Folkhälsomyndigheten & TLV (2017) *Tillgänglighet till antibiotika: Återrapportering av regeringsuppdrag*. Tillgänglig via: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/
- Kommunallagen (2017:725)
- Kraus, K. & J. Lind (2008) *Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?* Kapitel i: Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.). Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI/IFL/LHC, s. 97–112.
- Krohwinkel, A., J. Rognes & H. Winberg (2017) *Ekonomi för förändring: Ersättningsmodeller för innovation – en vägledning*. Leading Health Care Report 2017:2.
- Lazonick, W. & O’Sullivan, M. (2000) Maximizing shareholder value: A new ideology for corporate governance. *Economy and Society*, 29(1), 13-35.
- Ohlin, E. (2015) *Hepatit C-läkemedel bakom kraftigt ökade läkemedelskostnader*.
Läkartidningen 2015-03-19.
- RAV, Referensgruppen för Antiviral terapi (2017) *Läkemedelsbehandling av hepatit C-virusinfektion hos vuxna och barn 2017 – Behandlingsrekommendation*. Tillgänglig via: <http://www.sls.se/rav/rekommendationer/hepatit-c-virus>

Rognes, J., A. Krohwinkel & P. Markowski (2015) *Ersättning baserat på utfall – en modell för riskdelning. Analys av mottaglighet och hinder vid införandet av utfallsbaserad ersättning för läkemedlet Zytiga*. Leading Health Care Report 2015:2.

SOU 2016:6 *Framtid sökes*. Slutredovisning från den nationella samordnaren för utsatta EU-medborgare.

Svensson, M., F. O. Nilsson & K. Arnberg (2015) Reimbursement decisions for pharmaceuticals in Sweden: the impact of disease severity and cost effectiveness. *Pharmacoeconomics*, 33(11), 1229–1236.

Sammanfattande diskussion

Som man ropar får man svar – om att styra mot ändamålsenlighet

En utgångspunkt för Moderna Policies har varit att vi lever i en tid av omvälvande förändring, men där klyftan mellan vad vi kan och förmår åstadkomma växer. Vi har beskrivit det som att två revolutioner – den medicinska och den digitala – med full kraft omvandlar såväl möjligheterna som förväntningarna på hälso- och sjukvårdssystemet, men där verklig systemomvandling förutsätter en tredje revolution – den organisatoriska. För att en organisatorisk revolution ska vara möjlig krävs en djupare förståelse för vilka värderingar och antaganden som ligger bakom dagens systemutformning, och för hur medicinsk utveckling, digitalisering och organisering samspelar. Det är en förutsättning för att politiken ska kunna grunda sig på bättre problembeskrivningar och generera mer ändamålsenliga lösningar. Tillsammans med våra partners, som sammantaget sitter på en bred kunskap och erfarenhet av det system som omger hälsa, vård och omsorg, har vi med Moderna Policies påbörjat arbetet med att skapa en fördjupad förståelse för detta samspel. Nedan sammanfattas kapitlens analytiska innehåll (figur 7.1). Därefter förs en diskussion där LHC står för slutsatserna.

	Samhällskontraktet	Policyprocessen	Data	Kompetens	Kunskap	Pengar
Centrala begrepp	Individuellt vs. offentligt åtagande Rättvisa Legitimitet Effektivitet	Mångfald av aktörer och intressen Implementeringsutmaningar	Kvantifiering Jämförbarhet Datadrivet lärande Bieffekter	Kompetensförsörjning Kompetensmix Yrkesskicklighet Kvalitetsarbete Teamarbete	Evidens Kunskapssyn Kunskapsstyrning Validitet, objektivitet och kausalitet	Samhälls-ekonomisk analys Budgetanalys Marknads-ekonomisk analys
Dominerande metoder	Politiskt ansvarsutkrävande nationellt för resultat på regional/lokal nivå Samhällsdebatt kring upplevda brister	Medielogik som premierar tydlighet och enkelhet Detaljstyrning Single-loop learning	Indikatorer Standardisering Kvalitetsregister	Yrkesvis utbildning Legitimation Professionella hierarkier	RCT – strukturer för att rensa för kontext och situation	Metoder för att utkräva enhetsvist resursansvar
Behov för mer Moderna Policies	Tillit Samsyn mellan medborgare och politik avseende mål Organisering som möter medborgarnas förväntningar	Problem- och orsaksanalys; åtgärder som angriper orsakerna till problemen Systemperspektiv på policy, designtänk Double-loop learning	Situationsanpassad analys av data; fokus på dess användbarhet i specifika beslutsituationer Kombinationer av mått	Nya kompetenser Bedöma och nyttja individuell kompetens Gå från roll- till relationskultur	Strukturer för att öka mottaglighet för patientkunskap och beprövad erfarenhet	Investerings-tänk Ej in-tecknade medel Synliggjorda verksamhetsberoenden

Figur 7.1 Sammanfattning av analytiskt innehåll.

Kapitlet om *samhällskontraktet och policyprocessen* behandlar vad det offentliga bör respektive *kan* göra hälso- och sjukvårdspolitiskt, och hur detta behöver förändras för att samhällskontraktet ska kunna upprätthållas och för att policyprocessen ska kunna producera relevanta åtgärder. I kapitlet konstateras att de medicinska och digitala revolutionerna förändrat hur vård kan erbjudas, distribueras och konsumeras, vilket påverkat medborgarnas förväntningar och deras möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård. Hälso- och sjukvården har gått från fokus på att bota och lindra enligt en enkel logik, till att alltmer hantera kroniska och komplexa tillstånd som samvarierar med livsstil och miljö. Utvecklingen motiverar bland annat mer preventiva åtgärder, förbättrad tillgänglighet genom olika kanaler och ökad individanpassning. LHC har återkommande konstaterat att hälso- och sjukvården hittills inte utvecklats i motsvarande utsträckning som omgivande sektorer, och den har svårt att

hålla jämna steg med förändringen i beteendemönster generellt. Det utgör en utmaning som måste hanteras politiskt, inte minst för att upprätthålla legitimitet och effektivitet i systemet.

För att hälso- och sjukvården ska lyckas förändras i den riktningen behöver policyprocessen generera mer ändamålsenliga åtgärder. Kännetecknande för policyprocessen är att den innefattar många aktörer med olika egenskaper och intressen vilket gör den komplex, samtidigt som den ofta behandlas som om den vore rätlinjig och rationell. Det senare återspeglar ett *behov* av en tydlighet och uppvisad handlingskraft, bland annat pådriven av medielogiken, men som i praktiken leder till kontraproduktiva åtgärder. Resultatet är ofta detaljerad styrning med fokus på enskilda roller, uppdrag, arbetsuppgifter och insatser som ger en imaginär känsla av att enkla och välordnade samband föreligger, men som i praktiken skapar organisatoriska mellanrum och förbiser betydelsen av relationsskapande mellan aktörer i systemet. När problembeskrivningen på detta sätt inriktas mot brister som kan hänföras till tydliga, etablerade kategorier/enheter, till exempel att en viss organisation har budgetunderskott, att det fattas vårdplatser på en viss avdelning, att det behövs fler av en viss profession etc. följer att även lösningarna antar samma logik. Mer ändamålsenliga policyprocesser behöver enligt LHC istället utgå ifrån en problemanalys där systemet och dess utvecklingsbehov utgör utgångspunkt och där åtgärder/lösningar inriktas mot orsaker och underliggande problem snarare än dess symptom i enskilda delar av systemet.

Kapitlet om *data* problematiserar antagandet att det som mäts blir synligt och därmed *hanterbart*, till exempel att bedömningar blir mer objektiva och jämförbara. Diskussionen har traditionellt handlat mycket om vad som utgör "bra" mått, snarare än måttens *användbarhet* i relation till specifika beslutssituationer. Idag sker stora investeringar i mätsystem inom hälso- och sjukvården där det faktiska lärandet på basis av siffrorna är begränsat. Mätningar påverkar också verksamheter och omskapar den verklighet som de syftar till att endast återge, särskilt när mått används i styrningssyfte snarare än för lokalt lärande. Förmågan att förstå mätningars nytta, påverkan på verksamheter och relevans, försvåras vidare när data förflyttas från en kontext till en annan eller när den samlas in från distans. Detta eftersom de som befinner sig långt ifrån dokumentationstillfället tenderar att missa de frågetecken och brister som ofta omger ett visst mått eller resultat. Datan används då som en mer perfekt beskrivning av verkligheten än vad den är. Givet detta behöver vi satsa mer på analysen av den data som finns och i analysen ta hänsyn till den kontext där datan samlats in för att säkerställa dess validitet eller relevans. Datas kvalitet kan endast bedömas när frågeställningen är känd, det vill säga i förhållande till sammanhanget.

Eftersom frågeställningen varierar och utvecklas efterhand bör vikten ligga på kvalitetssäkring av hur data används, snarare än kvalitetssäkring av data i sig.

Ett exempel på en kategorisering som påverkat problembeskrivningarna och lösningsförslagen i hälso- och sjukvårdspolitiken är indelningen i olika yrkesroller (professioner). Dessa är av tradition mycket starka inom vården, vilket tjänar syftet att upprätthålla en kollegial styrning och kontroll som motiverar det stora handlingsutrymme som professionerna behöver ha och den kunskapsutveckling som specialiseringen möjliggör. Indelningen i tydliga kategorier skapar dock även gränser, vilket försvårar ett systemperspektiv på frågan om *kompetens*. Kompetensbrist tolkas till exempel ofta i termer av att det fattas personal i en viss yrkeskategori, men frågan är bredare än så. Förutom att handla om att utbilda, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens, handlar det om vidareutveckling av vårdpersonalens kompetenser på nya områden; om att kunna arbeta personcentrerat, vara à jour med digitaliseringen och delta i förbättringsarbete och i interprofessionell samverkan. Givet dessa behov behöver större vikt läggas vid att kunna bedöma och nyttja individuell kompetens, att kunna anpassa arbetssätt, vid samarbetskompetens och vid att hantera *relationer* snarare än fasta roller och rollbeskrivningar.

Kapitlet om *kunskap* ifrågasätter de senaste decenniernas betoning av en viss kunskapsproduktion – den utifrån systematiska metoder såsom evidensbaserad medicin och randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) – på bekostnad av andra kunskapsbaser såsom professionellt omdöme eller patientkunskap. Det förra återspeglar en syn på kunskap som något ganska entydigt, medan fokusgruppen i likhet med forskningen gett uttryck för att vad som är ”god” kunskap till viss del är knutet till sitt sammanhang. Det krävs därför en balans mellan satsningar på centralt producerade, evidensbaserade kunskapsunderlag och mer kliniknära kunnande och erfarenhetsbaserat lärande. Det senare blir samtidigt allt viktigare i takt med att vården i högre utsträckning hanterar kroniska och mer komplexa tillstånd som förutsätter en hög grad av individanpassning, både tack vare den medicinska utvecklingen mot precisionsmedicin och för att patienterna själva kräver det. En slutsats är att det knappast råder brist på professionellt omdöme eller patientkunskap, men det behöver utvecklas strukturer för att systemet ska kunna ta emot och omsätta sådan mer kontextbaserad kunskap.

I kapitlet om *pengar* konstateras att värden i form av kronor och ören alltid är en representation av olika typer av resurser, till exempel professionell kompetens, IT-system, kunskapsunderlag m.m. Det är inte entydigt vad som värderas och inte värderas med pengar, utan olika värden och resurser betonas beroende på vilken typ av analys som görs – samhällsekonomisk, budgetekonomisk

eller marknadsekonomisk. Inom hälso- och sjukvården används de olika metoderna parallellt och ibland sammanblandat, men för att kunna hantera pengar på ett ändamålsenligt sätt krävs en medvetenhet om vad de kronor vi räknar representerar och vilken analys som är lämplig i ett visst sammanhang. Risker är annars att resursoptimering sker med fel tidshorisont och till exempel inom avgränsade verksamheter snarare än baserat på helheten. Det senare är en vanligt förekommande effekt av den nuvarande betoningen av budgetekonomisk analys. Här behövs kompletterande metoder för att hantera pengar exempelvis i förhållande till innovationer och interorganisatorisk samverkan. En sådan är beräkning av alternativkostnader, eller kontrafaktisk analys i syfte att förutse hur nya arbetsmetoder och behandlingsformer kan få kort- och långsiktiga effekter beroende på perspektiv.

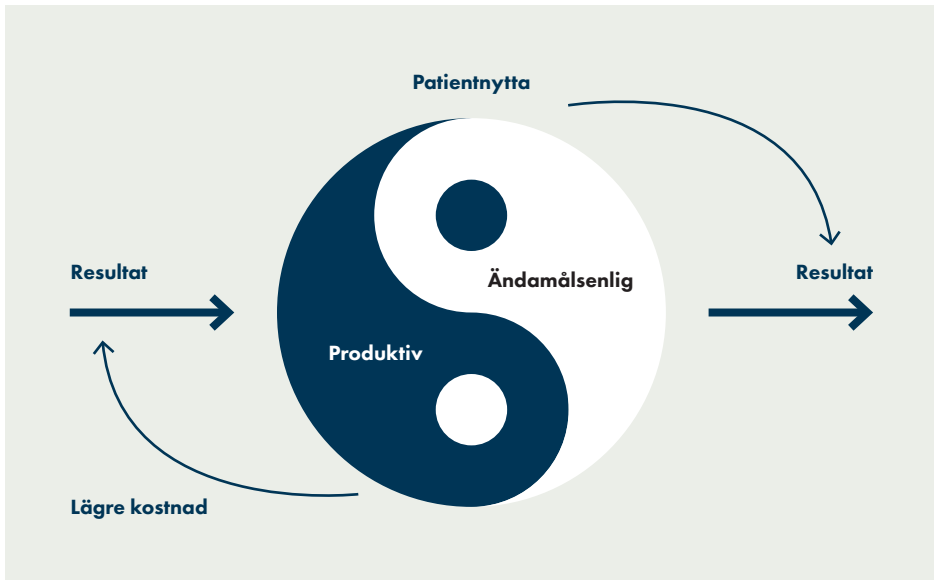
Är enkelt lika med hanterbart?

De olika temakapitel som ingår i denna bok utgör fristående bidrag av de forskare som har lett fokusgrupperna. Vi kan trots det konstatera att det finns gemensamma drag i beskrivningen av underliggande problem och behov framåt. Analyserna visar på en nuvarande betoning av ett visst grundläggande synsätt som premierar tämligen enkla problemformuleringar och lösningar inom olika områden utan hänsyn till dess inneboende grad av komplexitet. Annorlunda uttryckt tycks ingående teman av politiken behandlas enligt en logik som inte tillåter någon större anpassning efter situation och kontext. Vad bottnar det i, och vad är alternativet?

Vi har i åtminstone decennier ägnat oss åt att söka efter och applicera en slags formel eller allmängiltig metod för att generera kunskap, kompetens, data och ekonomi där vi rensat för kontext och situation. Standardiserade och jämförbara data, evidensbaserad kunskap, tydliga rollbeskrivningar och budgetar som följer en årlig struktur och möter särskilda generella krav är olika uttryck för detta. Det är en framgångsrik strategi under vissa förutsättningar – nämligen att det vi vill åstadkomma är relativt enkelt eller där den omgärdande processen är förutsebar. Dessa kriterier var uppfyllda i den hälso- och sjukvård som traditionellt varit inriktad mot att bota och lindra, men passar allt sämre givet de medicinska och digitala revolutionerna. Som påpekas i kapitlet om kunskap är användningen av metoder där man rensat för kontextuella faktorer i sig inte problemet – utan det faktum att de tillåts *dominera* även på områden där de är direkt olämpliga. Detta sökande efter *en* struktur som ska passa hela hälso- och sjukvården är en problematik som LHC återkommit till genom åren.

Att göra saker på rätt sätt – eller att göra rätt saker

Ett skäl till slagsidan åt att använda allmängiltiga metoder snarare än situationsanpassade är att det – under vissa förutsättningar – är *effektivt*. Strävan efter effektivitet skulle med andra ord kunna sägas utgöra en av drivkrafterna bakom den dominerande inriktningen på politik och styrning. Förutom att bortse från det faktum att ökad effektivitet genom allmängiltiga metoder förutsätter att det vi vill åstadkomma är enkelt eller förutsebart, representerar det dock en smal förståelse för begreppet effektivitet. Att tydliggöra skillnaden mellan att *göra saker på rätt sätt* (produktivitet) och att *göra rätt saker* (ändamålsenlighet) illustrerar fenomenet. Mycket av dagens styrning har fokus på det förra – att kunskap produceras på rätt sätt, att budgeten hanteras på rätt sätt eller att kompetensen följer rätt rollbeskrivning. Denna sida av effektivitetsbegreppet är inte oviktig, men bör, för att inte leda till felaktiga åtgärder, övervägas i andra hand. Att göra rätt saker, eller säkerställa *relevansen* i vad vi gör, behöver med andra ord komma före övervägningar av *hur* vi ska göra det. Skillnaden illustreras nedan.



Figur 7.2 Två former av effektivitet. Källa: Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter. LHC Report, kommande.

Verkligheten är inte programmerbar

Strävan efter ökad effektivitet kan även placeras i ett förvaltningspolitiskt sammanhang. De idéer som ingår under paraplybegreppet New Public Management och som har påverkat inriktningen mot allmängiltiga metoder, lanserades bland annat mot bakgrund av ett upplevt behov av att öka just effektiviteten i den offentliga sektorn. Detta kan, tillsammans med de andra för systemet idag utmärkande dragen som beskrivits i bokens tematiska kapitel, ses som uttryck för en förvaltningspolitik genomsyrad av en stark tro på rationalistisk beslutsteori. Den *programteori*¹⁴ som antas med ett sådant perspektiv bygger på en klassisk bild av policyprocessen där politiken producerar reformer som sedan implementeras och genererar tänkta resultat. Med detta synsätt härleds problem ofta till implementeringsstadiet, det vill säga till *hur* reformen genomförts, snarare än att leda till ifrågasättanden av innehållet i reformen.

Den rationalistiska tankegången kritiseras ofta av bland andra organisationsforskare för att bygga på idén att verkligheten kan "programmeras" av de styrande på ett visst sätt för att ge ett visst utfall, eller att orsak och verkan kan bestämmas med precision. Kritiken går ut på att detta sätt att tänka innebär att lösningar på ett förenklat sätt konstrueras för att matcha de problem som behöver lösas, utan hänsyn till den komplexa verkligheten.¹⁵ Den rationalistiska beslutsteorin kan lite tillspetsat och ur detta perspektiv sägas utgå från ett *behov* av tydliga och relativt enkla samband snarare än en analys av hur styrning och implementering i praktiken fungerar.

Mot modernare policies

För att förstå den slagsida åt ett visst sätt att styra hälso- och sjukvården som beskrivits ovan, behöver inriktningen sättas i relation till andra sätt att leda, styra och organisera offentlig tjänstesektor. Mot den rationalistiska logiken kan en *lämplighetslogik* ställas, som även innefattar kvalitativa metoder för att förstå komplexa fenomen som inte alltid är mätbara och där sammanhanget spelar roll för resultatet. Snarare än att vila på ett antagande om objektivt rationella beslut betonar lämplighetslogiken vikten av professionella bedömningar av vad som är rimligt, lämpligt och påverkbart för en viss aktör i en viss situation.

14 Med programteori avses idéer om hur resultat uppkommer och hur en verksamhet eller process är tänkt att fungera. Se t.ex. Vedung, E. (2009) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur.

15 Miller, P. & Rose, N. (1990) Governing economic life. *Economy and Society*, 19 (1), 1–31.

Det behov av en väg framåt som identifierats i Moderna Policies kan därmed sägas handla om att i politiken i högre grad låta graden av komplexitet och förändringstakt påverka innehållet i reformerna.

Hur gör man då det? Politiken ska peka ut riktningar och ge förutsättningar. Vi vet att snävt formulerade förutsättningar (såsom strikt definierade roller, detaljerade arbetsrutiner och omfattande regelverk) leder utvecklingen i en viss riktning, medan flexibla förutsättningar (det vill säga mer öppna rollbeskrivningar, övergripande rutiner och ett mer begränsat regelverk) leder den i en annan.¹⁶ Här har många aktuella utredningar betonat vikten av alternativa styrformer som nätverk, tillit och professionellt handlingsutrymme; särskilt där styrningen har att hantera dynamiska snarare än statiska processer, där behovet av insatser är svårt att förutse och nyttan av individanpassning är stor. Detta gäller hälso- och sjukvårdssektorn i synnerhet, åtminstone till stora delar.

Men som de olika kapitlen i denna bok indikerar handlar det inte bara om att välja rätt detaljeringsgrad för styrningen, utan också (och kanske än mer) om att välja rätt fokus – att göra rätt saker eller att fylla reformerna med rätt innehåll. En slutsats från detta projekt är att det förutsätter en bättre förståelse för egenskaperna hos olika resurser som ska fördelas och koordineras för att få till god vård; såsom data, kompetens, kunskap och pengar. Förändringar i styrningen kan inte utgå ifrån kategorier och begrepp vars innebörd redan förändrats, utan måste i större utsträckning utgå ifrån analyser av vad som är ändamålsenligt givet behov, situation och pågående utveckling.

Arbetet med Moderna Policies visar att det inte är någon lätt uppgift. Den metod vi valt är att utgå ifrån breda teman som länge varit på många läppar, men att gräva djupare där begreppen inte klarnat trots tidigare debatt. De insikter som detta angreppssätt genererar är nödvändiga för att i ett nästa steg kunna gå vidare till mer handlingsorienterade initiativ, utan att falla tillbaka i att trimma ett gammalt system av strukturer, styridéer, kunskaps-syner och beteendemönster. Det är vår förhoppning att vi ska kunna fortsätta erbjuda en arena för systemomvälvande förändringar av hälso- och sjukvården – och därmed bidra till en mer framtidsinriktad debatt och framtidsinriktade reformer – eller *mer Moderna Policies*.

16 Jfr. Lindvall, J. (2019) Klassiska organisationsfrågor behöver åter besvaras i tider av digital transformation. *Organisation & Samhälle*, 2019/02.

Bilaga 1: Om författarna

Huvudrapporten, Samhällskontraktet och Policyprocessen

Hans Winberg är generalsekreterare för Leading Health Care. Hans startade som forskare i förvaltningsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, där han skrev en licentiatavhandling om datorisering i kommunerna. Han har arbetat med att brygga akademisk forskning med praktisk utveckling de senaste 20 åren genom vidareutbildning på Handels och genom utveckling av hälso- och sjukvården som system på Stiftelsen Leading Health Care.

Anna Krohwinkel är forskningschef vid Stiftelsen Leading Health Care. Hennes expertområden inkluderar ett brett spektrum av frågor kring hälso- och sjukvårdens styrning, ledning, organisering och utveckling. Hon har författat och redigerat ett stort antal publikationer om bland annat ersättningsystem, innovation och mottaglighet, samt verksamhetsutveckling i praktiken.

Unni Mannerheim är forskningsledare vid Stiftelsen Leading Health Care. Hon är statsvetare med utredarbakgrund från bl.a. Inspektionen för vård och omsorg och regeringskansliet (Tillitsdelegationen). Hon har arbetat med förändringsledning och med att utveckla statlig och kommunal styrning, ledning och organisering av välfärdssektorn.

Data

Anna Essén är docent på Handelshögskolan i Stockholm. Hennes forskning handlar om digitalisering och kvantifiering i olika sektorer. Hon har bl.a. studerat konsekvenserna av den medicinska professionens användning av kvalitetsregister, utvecklingen av patientrapporterade mått samt öppna jämförelser. Andra projekt handlar om hur industriföretag hanterar omställningen från fysiska till digitala produkter.

Kompetens

Christian Gadolin är universitetslektor vid Högskolan i Skövde och gästforskare på Centre for Healthcare Improvement (CHI), en centrumbildning vid Chalmers Tekniska Högskola. Han har forskat om hälso- och sjukvård och bland annat intresserat sig för medarbetarskap och kollegialt ledarskap. Christian är också aktiv i samhällsdebatten och har publicerat ett antal artiklar i exempelvis Dagens Samhälle.

Kunskap

Morten Sager är forskare och universitetslektor i vetenskapsteori vid Göteborgs universitet. Han har under många år forskat kring evidensbaserad och kunskapsstyrning och ansvarar för en masterutbildning inom evidensbaserad som utvecklats med stöd från en mängd kunskapsmyndigheter, såsom SBU, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket. De senaste åren har han lett flera projekt med systematiska översikter och kartläggningar inom framför allt folkhälsoområdet.

Isabella Pistone är doktorand vid Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori vid Göteborgs Universitet. Hon arbetar på en avhandling kring evidensbaserad och hur man kan integrera och skapa utrymme för olika former av kunskap i kunskapsunderlag på ett sätt som blir relevant för komplexa och föränderliga verksamheter. De senaste åren har hon gjort flera systematiska litteraturoversikter bland annat inom folkhälsoområdet.

Pengar

Ebba Sjögren är associate professor samt docent och verksam som forskare och lärare vid Institutionen för redovisning och finansiering vid Handelshögskolan i Stockholm. Hennes forskning rör bland annat hur professioner inom hälso- och sjukvården organiserar sitt vardagliga arbete samt hur läkemedel utvärderas med ekonomiska analysmetoder. Hon har tidigare medverkat i utredningar av TioHundra-projektet samt vårdval inom primärvården, och tillhör Leading Health Cares akademiska nätverk sedan 2010.

Bilaga 2: Deltagare i policygrupperna

Deltagare i Moderna Policies fokusgrupper *Samhällskontraktet*, *Policyprocessen*, *Data*, *Kompetens*, *Kunskap* samt *Pengar* (tidigare Tre Kronor). Flera personer har deltagit i mer än en av grupperna.

Amy Leval	Janssen
Anders Johansson	Deliberately Communications AB
Anna Carlström	IVO
Anna Käll	Janssen
Anna Mannervik	MSD
Anne Carlsson	Reformklubben
Annika Wåhlin	Vårdförbundet
Björn Arvidsson	Roche
Björn Ingebringtsen	MSD
Björn Nilsson	Socialstyrelsen
Bo Seving	Naturvetarna
Bo Vilhelm Karlsson	Nätverket mot cancer
Carl-Johan Glans	Takeda
Cecilia Fridén	Fysioterapeuterna
Cecilia Stenbjörn	Vårdanalys
Charlotte Chruzander	Fysioterapeuterna
Christina Karlsson	Janssen
Dag Larsson	LIF
Daniel Persson	Min Doktor
Douglas Lundin	TLV
Emma Nisukangas	DRF (tillhör Naturvetarna)
Eva Lindgren	Takeda
Frida Lawenius	Naturvetarna
Ida Kåhlin	Sveriges Arbetsterapeuter
Inger Ros	Riksförbundet HjärtLung
Ingrid Rydell	IVO
Ingrid Schmidt	Socialstyrelsen

Joakim Sebring	IVO
Johan Bobert	Deliberately Communications AB
Johan Brun	LIF
Johan Wärlegård	Janssen
Johanna Ringkvist	Takeda
Jonas Vallgård	Vårdförbundet
Jonas Vikman	LIF
Jörgen Striem	Medivation Utveckling AB
Karolina Antonov	LIF
Karolina Behrnsten	Sveriges Arbetsterapeuter
Katarina Sandberg	Socialstyrelsen
Katja Isacson	AbbVie
Kristina Söderlund	SSDF
Madeleine Wallding	MPA
Madlaina Costa-Scharplatz	Novartis
Malin Hollmark	Swedish Medtech
Margareta Haag	Nätverket mot cancer
Maria Helling	Swecare
Marita Teräs	Naturvetarna
Mia Tillgren Moreau	AbbVie
Michael Dahlberg Grundberg	IVO
Parvin T. Olofsson	Vårdförbundet
Per Brinck	Roche
Peter Jonsson	IVO
Peter Nordström	Lunds universitet
Robert Svartholm	SFAM
Sara Riggare	KI
Stephanie Juran	Sällsynta Diagnoser
Ulf Janzon	MSD
Unni Mannerheim	LHC
Viktoria Svensson	Socialstyrelsen

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



Denna bok lanserades
vid jubileumssymposiet
till LHC:s 10-årsdag,
den 9 december 2019



LEADINGHEALTHCARE.SE