



Detta borde vårddebatten handla om

LEADING HEALTH CARE
– DEN AKADEMISKA TANKESMEDJAN SOM
SKAPAR VÄRDE MELLAN SEKTORNS AKTÖRER

REDAKTÖRER:

**Claes-Fredrik Helgesson
och Hans Winberg**

BOKEN ÄR ETT SAMVERKANSPROJEKT MELLAN EFI/HHS OCH IFL/HHS

Detta borde vårddebatten handla om

Detta borde vårddebatten handla om
© 2008 författarna, IFL och EFI
ISBN 978-91-7258-760-1

Produktion: eddy.se ab, Visby 2008
Omslag, formgivning: Petra Lundin
Tryckeri: Elanders i Sverige AB, Vällingby 2008

Distribuerad av:
EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm
Box 6501, 113 83 Stockholm
www.hhs.se/efi

Detta verk är skyddat av Lagen om upphovsrätt (1960:729). Kopiering (inklusive lagring i elektroniska medier, visning på bildskärm samt bandupptagning) av hela verket såväl som delar därav, utan EFI:s medgivande, är förbjuden.

Detta borde vård- debatten handla om

Claes-Fredrik Helgesson
Hans Winberg
(red.)



IFL EXECUTIVE EDUCATION



EFI THE ECONOMIC RESEARCH INSTITUTE



EFI THE ECONOMIC RESEARCH INSTITUTE

EFI:s verksamhetsidé

Institutet är en vetenskaplig institution, vid vilken forskning skall bedrivas oberoende av såväl ekonomiska som politiska intressen. Institutets uppgift är att bedriva teoretisk och empirisk forskning inom samhällsvetenskapernas, särskilt de ekonomiska vetenskapernas, område. I anslutning därtill medverkar institutet i forskarutbildningen vid HHS samt arbetar med spridning av forskningens resultat. Vägledande för EFI-forskarnas val av projekt är forskningsområdets behov av praktisk eller teoretisk vidareutveckling, projektens metodologiska intresse samt forskarnas eget intresse.

Forskningens organisering

Forskningen vid EFI är organiserad i 20 forskningssektioner.

Ordinarie sektionschefer vid EFI är i regel professorer vid Handelshögskolan i Stockholm.

EFI-sektion:

Företagslednings- och Arbetslivsfrågor (A)
Centrum för Entreprenörskap och Affärsskapande (E)
Offentlig Organisation (F)
Information Management (I)
Programmet Människa och Organisation (PMO)
Management av Innovation och Produktion (T)
Media och Ekonomisk Psykologi (P)
Centrum för Konsumentmarknadsföring (CCM)
Centrum för Informations- och Kommunikationsforskning (CIC)
Marknadsföring, Distributionsekonomi och Industriell Dynamik (D)
Centrum för företagsstrategi och konkurrenskraft (CSC)
Redovisning och Finansiering (B)
Centrum för redovisningsbaserad finansiell analys och kostnadsintäktsanalys (BFAC)
Finansiell Ekonomi (FI)
Centrum för Hälsoekonomi (CHE)
Internationell Ekonomi och Geografi (IEG)
Samhällsekonomi (S)
Ekonomisk Statistik (ES)
Rättsvetenskap (RV)
Centrum för skatterätt (SR)

Sektionschef:

Sven-Erik Sjöstrand
Carin Holmquist
Nils Brunsson
Mats Lundberg
Andreas Werr (vik)
Pär Åhlström
Guje Sevón
Magnus Söderlund
Per Andersson (vik)
Björn Axelsson
Örjan Sölvell
Johnny Lind
Kenth Skogsvik

Clas Bergström
Magnus Johannesson
Mats Lundahl
Paul Segerstrom
Anders Westlund
Johnny Herre
Bertil Wiman

Styrelseordförande: Professor Carin Holmquist
Institutets chef: Docent Filip Wijkström

Adress

EFI, Box 6501, SE-113 83 Stockholm, Sverige • Besöksadress: Sveavägen 65, Stockholm
Telefon: +46(0)8-736 90 00 • Fax: +46(0)8-31 62 70 • E-post: efi@hhs.se
Hemsida: www.hhs.se/efi/

Förord

I din hand har du just nu resultatet av en kraftsamling inom två av Handelshögskolans i Stockholm livskraftiga delar. Dels Ekonomiska Forskningsinstitutet, EFI vid HHS, som med sina 300+ aktiva forskare inom ett brett spektrum av de ekonomiska och samhällseliga vetenskaperna har en stark ställning som forskningsinstitution. Dels Institutet för företagsledning, IFL vid HHS, som i snart 40 år omvandlat akademiskt vunna insikter till praktisk nytta i vad som idag är en världsledande vidareutbildning.

I den nystartade akademiska tankesmedjan Leading Health Care samlas vi kring ambitionen att få till stånd en tätare överföring av kunskaper mellan olika akademiska discipliner inom HHS och mellan forskning och praktik. Vår övertygelse är att en ömsesidig dialog mellan olika aktörer främjar all utveckling och är till gagn för samhället. Inte minst behöver vi öka kunskapsutvecklingen och -överföringen i den komplexa samhällssektor som hälso- och sjukvården med alla dess förgreningar utgör.

Vi vill tacka alla inblandade för deras engagemang och vilja att bidra i både bokprojekt och i tankesmedjans arbete. Inte minst gäller det våra partners i Leading Health Care. Utan ert stöd hade detta arbete inte varit möjligt! Vi ser med stor tillförsikt fram emot de resultat som kan komma när dialogen mognar och nya projekt ska genomföras. Vårt löfte är att vi är öppna för nya tankar och att vi vill dela med oss av vår kunskap!

Stockholm i september 2008

Peter B. Hägglund, Ek Dr, VD
IFL vid Handelshögskolan
i Stockholm

Filip Wijkström, Docent, Chef
EFI vid Handelshögskolan
i Stockholm



IFL EXECUTIVE EDUCATION

Om IFL vid Handelshögskolan i Stockholm

IFL vid Handelshögskolan i Stockholm är Nordens ledande aktör inom executive education och finns representerade i Sverige, Norge, Finland, Ryssland och Baltikum. IFL vid Handelshögskolan har sin bas i Norden, men är med sin internationella erfarenhet, en global leverantör av utvecklingsprogram.

IFL vid Handelshögskolan i Stockholm är särskilt skickliga på integrerade General Management-program med spjutspetskompetens inom områdena Ledarskap, Affärsutveckling samt Finans och Ekonomi. Alla program är skapade för att möta varierande affärs-, chefs-, ledarutmaningar i olika typer av organisationer – i både privat och offentlig sektor.

Lärprocesserna bygger på en kombination av forsknings- & erfarenhetsbaserad kunskap som alltid tar avstamp i kundernas egna praktiska utmaningar och dilemman. Det innebär att programmen ger verklig effekt – både på kort och lång sikt.

I Financial Times ranking toppar IFL vid Handelshögskolan i Stockholm bland de nordiska aktörerna. Bland annat rankas vi som Europas fjärde bästa inom skräddarsydda program för företag.

Adress

IFL, Box 45180, SE-10430 Stockholm, Sverige • Besöksadress: Sveavägen 63, Stockholm.
Telefon: +46(0)8-586 175 00 • Fax: +46(0)8-31 62 70 • Hemsida: www.ifl.se

Redaktörernas förord

Under några år har vi arbetat med drömmen för ögonen att vara med och bygga något unikt inom hälso- och sjukvårdssektorn. Vi har provat vägar, kört huvudet i väggen och på olika sätt mött den faktiska innebörden av att tiden inte är mogen. Självklart har vi ibland frågat oss, och fått frågan av andra: är det inte dags att hitta andra områden att fokusera på? Men det har ännu inte blivit dags för det.

Tillsammans har vi som författat denna bok lång erfarenhet av möten med chefer och medarbetare i hälso- och sjukvårdssektorn och en solid forskning inom området bakom oss. Det är inte en tillfällig nyck som byggt innehållet i denna bok utan långvarigt engagemang och intresse för komplexiteten i utmaningarna. Möten med alla deltagare i IFLs program genom åren har både givit viktiga inspel och lett fler in på området. Vi vill i detta sammanhang också tacka professor Bengt Jönsson som till stor del ligger bakom att alla vi som deltar i boken fått möjlighet att möta alla engagerade deltagare. Bengt byggde upp inte bara den hälsoekonomiska forskningen utan var också motorn i vår omfattande vidareutbildning för hälso- och sjukvårdens ledare och nyckelpersoner som snart går in på sitt tredje decennium. Tack!

Vi har haft en övertygelse längs vägen som lett fram till denna bok: olika aktörer skapar mer värde tillsammans än ensamma. Det har gällt för redaktörerna av denna bok, med våra olika profiler, intressen och eventuella företräden, precis som vi tror att det gäller för olika intressen i sektorn: företag och förvaltningar, köpare och säljare, granskare och forskare, medicin och administration. Det gäller också våra kollegor som alla generöst ställt upp och bidragit med kunskapen från sina forskningsprojekt. Alla har skrivit självständigt och vi presenterar var

och en våra respektive områden. Att få arbeta med er är en ynnest och för det enorma engagemang ni vikt åt denna publikation är vi ytterst tacksamma. Tack!

Böcker skall också produceras. IFL och EFI har varit essentiella för denna boks tillkomst och det stödet tackar vi för. Ett särskilt tack i slutspurtstider går till Anna Tedenfors, tidigare mångårig medarbetare på IMIT vid Handelshögskolan, som med säker hand styrt upp både redaktörer och medförfattare och sett till att det är möjligt att du håller boken i din hand. Tack!

Vi kan bidra med våra perspektiv och stimulera till nya frågor som ger nya svar. Men vi sitter inte inne med svaret. Utan en ständig dialog med olika företrädare för olika intressen i sektorn blir vår kunskap lätt stum. För både stöd och utmanande samtal tackar vi Leading Health Cares partners: utan er kunde vi inte gjort detta. Tack!

Stockholm i september 2008

Claes-Fredrik Helgesson & Hans Winberg

Leading Health Care Partners: AstraZeneca Sverige AB, Apoteket AB, Bactiguard AB, Johnson & Johnson AB, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV, LIF – de forskande läkemedelsföretagen, Merck Sharp & Dohme AB, Novartis Sverige AB, Pfizer AB, Praktikertjänst AB, Sanofi aventis, Swecare, Swedish Medtech, Sveriges Kommuner och Landsting SKL, Stockholms läns landsting, Vinnvård (Socialdepartementet, SKF, Vinnova och Vårdalstiftelsen).

Innehåll

Förord	5
Redaktörernas förord	7
Ett nytt utrymme för reflektion och handling	11
<i>Hans Winberg & Claes-Fredrik Helgesson</i>	
Hur kan sjukvården lära av andras produktionsledning ..	25
<i>Jon Rognes & Pär Åhlström</i>	
IT i sjukvården: Evigt löfte och daglig förbannelse	41
<i>Magnus Mähring & Niklas Källberg</i>	
Sjukhus eller sjukvård – design av betong och infrastruktur	61
<i>Carina Beckerman</i>	
Patienten i centrum – Varför ska medborgaren lägga vårdpusslet?	79
<i>Ulf Essler</i>	
Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?	97
<i>Kalle Kraus & Johnny Lind</i>	
Utan tvivel är man inte klok – kunskapsstyrningens problem	115
<i>Karin Fernler, Ebba Sjögren & Claes-Fredrik Helgesson</i>	
Vilken vård och omsorg behöver hälso- och sjukvårdens marknader?	135
<i>Claes-Fredrik Helgesson & Hans Kjellberg</i>	
Framtidens sjukvård behöver debatter bortom enkla lösningar och svar	149
<i>Claes-Fredrik Helgesson & Hans Winberg</i>	

” Samtal om hälso- och sjukvårdens utformning och funktion har blivit alltmer polemiska. En polemik som satt fördelning av resurser i första rummet – vem är bäst lämpad att ta hand om pengarna. Viktigare är att premiera värdeskapande – vem skapar mest värde för pengarna. ”



Hans Winberg, Business Director, MSc
IFL vid Handelshögskolan i Stockholm
hans.winberg@ifl.se



Claes-Fredrik Helgesson, Docent
Department of Marketing and Strategy
Handelshögskolan i Stockholm
claes-fredrik.helgesson@hhs.se

Ett nytt utrymme för reflektion och handling

Vi vill förskjuta debatten och därmed verkligheten

Sverige har ett av världens bästa sjukvårdssystem. Åtminstone om man får tro namnkunniga amerikanska forskare som intresserat sig för oss. I vår egen debatt lyfts samtidigt olika tillkortakommanden inom den svenska vården fram, inte sällan kopplade förlösande lösningar. Sektorn anses ostyrbar och kostnaderna anses för höga och skenande. Den tekniska utvecklingen framställs kräva obönhörliga förändringar även hos det som fungerar någorlunda bra idag. Medborgares krav på högre tillgänglighet framhålls samtidigt som många vill värna tanken att vården ska styras av behov snarare än efterfrågan. Det är lätt att gå vilse bland motstridiga problembilder och positioner.

Samtal om hälso- och sjukvårdens utformning och funktion har blivit alltmer polemiska. En polemik som satt fördelning av resurser i första rummet – vem är bäst lämpad att ta hand om pengarna. Viktigare är att premiera värdeskapande – vem skapar mest värde för pengarna. Vi menar att debatten inte bara ger ett splittrat intryck utan att den också i flera avseenden försvårar utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vi vill därför med den här boken förändra sättet att tala om hälso- och sjukvårdssektorns utveckling. Den här boken ger inga lösningar på centrala problem utan vill istället formulera bättre frågor. Frågor

som kan omformulera problemen så att den kraft vi vet finns ute i alla verksamheter kan frigöras och användas för att utveckla nya värden.

Dagens debatter skymmer viktiga frågor

Debatter om något så viktigt som hälso- och sjukvården kan och bör vara livliga. Men de bör vara livliga av flera olika skäl. De kan vara livliga för att de ger politiken tydliga profileringsfrågor. De kan vara livliga för att det hjälper industrin att få fram goda produkter. De kan vara livliga för att det hjälper de medicinska professionerna att värna sina ställningar. Vår ambition är att elda på en debatt om att utveckla vården som ett värdeskapande system.

Varför behövs då debatten? Dessvärre är det så att en livlig debatt som tjänar ett syfte kan hämma andra syften. Ett tydligt exempel på detta är den populära och breda debatten om hälso- och sjukvårdens organisering när den formuleras kring en skiljelinje mellan privat *eller* offentlig produktion av vård. Vi vet alla hur mycket det stridits kring denna skiljelinje, samtidigt som det finns en mycket bred underliggande enighet om att vården i möjligaste mån ska vara offentligt finansierad. Flera debattörer, inte minst akademiskt verksamma ekonomer, har från sidlinjen påpekat att debatten mellan offentlig eller privat inte handlat om värdeskapande. De har kunnat peka på att produktionen oavsett driftsformer kan komma att styras av upphandlingsregler, ersättningssystem och liknande detaljregleringar så att konsekvensen av det som skulle leda till mångfald i praktiken istället lett till mindre variation mellan olika driftsformer. Vi har exempelvis mötts av uppgivna kommentar från anbudslämnare att det bara är priset som räknas vilket stöder denna tanke. Den svårfångade kvaliteten får därmed stryka på foten.

Den livliga debatten har i detta fall, menar vi, underhållit och stärkt en skiljelinje som snarast dolt viktigare frågor rörande vårdens organisering och styrning än de som kan formuleras om offentlig *eller* privat produktion av vård. En central utgångspunkt för den här boken är helt enkelt att debatten om hälso- och sjukvården präglas av flera sådana här skiljelinjer och ämnen. Vi menar att detta har två betydande konsekvenser. För det första hamnar centrala frågeställningar i bakgrunden vilket förhindrar en riktigt viktig debatt som kan främja hälso- och sjukvårdens utveckling. För det andra låser sådana skiljelinjer fast våra föreställningar om vad som är möjligt i utvecklingen av sektorn. Väl etablerade skiljelinjer upprätthåller med andra ord också starka uppfattningar om vad som är möjligt respektive omöjligt. Vår utgångspunkt är alltså att det finns ett antal etablerade skiljelinjer som begränsar vårt gemensamma utrymme för såväl reflektion som handling.

Avsikten med den här boken är att försöka förskjuta frågeställningar bort från populära och begränsande skiljelinjer och uppfattningar. Vi vill därmed bidra till att utveckla debatten om hälso- och sjukvården genom att presentera perspektiv och begrepp som skapar nya utrymmen för såväl debatt som reflektion och handling.

Vi vill bidra till utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård

Vi som skriver i denna bok är samtliga aktiva forskare på Handelshögskolan i Stockholm. Vi representerar flera olika delämnena inom de ekonomiska vetenskaperna, vilket innebär att vi arbetar med olika metoder och i olika teoretiska traditioner. Det som förenar oss är ett långvarigt engagemang och intresse för frågor om hälso- och sjukvårdens ledning, organisering och styrning. Vi har alla utifrån våra olika utgångspunkter

under lång tid bedrivit forskning relaterad till hälso- och sjukvården. Vi har också i flera fall under lång tid inom skolans vidareutbildningsverksamhet (IFL) träffat olika befattningshavare inom hälso- och sjukvården och med dessa diskuterat olika aspekter rörande ledning, organisering och styrning av hälso- och sjukvården.

Samtidigt som boken har långa rötter så är den också resultatet av ett mycket färskt initiativ. Det var först helt nyligen som vi som medverkar i den här boken samlades för att på allvar börja samtala om vår forskning på det här området. Vår organisation, som av naturliga skäl följer de olika delämnena, var precis som på så många andra håll ett hinder som gjorde att det tog tid innan detta viktiga samtal kunde påbörjas. Och vi är verkligen bara i början. Vi ser framför oss ett längre samtal liksom gemensamma forskningsprojekt i olika gränsöverskridande konstellationer. Den här boken är således bara en liten produkt i början av den akademiska tankesmedja vi kallar Leading Heath Care.

Väl medvetna om hur Handelshögskolan i Stockholm kan uppfattas ser vi det också rimligt att påpeka att det som förenar oss är en vilja att utveckla hälso- och sjukvården genom att peka på viktiga frågeställningar och möjligheter. I likhet med forskande kollegor på andra lärosäten och i andra discipliner ser vi att vår kärnkompetens är att utveckla kraftfulla perspektiv och bra frågeställningar. Det är sällan en god idé att fråga forskare om man vill ha enkla lösningar och svar. Det gäller även oss.

Vi vill bidra till hälso- och sjukvården genom att blottlägga dolda handlingsutrymmen. Genom att ge några av de verktyg som behövs till de som leder på olika nivåer, vill vi också ge tillbaka till det fält som varit och är så stimulerande att studera.

Det är inte problemen som konserverar

Vi har hävdad att debatten om hälso- och sjukvården präglas av populära skiljelinjer och ämnen som begränsar vårt faktiska utrymme för såväl reflektion som handling. Ett sådant påstående kräver en utvikning för att både göra detta påstående något mer troligt och för att om möjligt peka på vägar ut ur de lösningar vi ser.

Om nu debatten döljer viktiga aspekter, varför ser den då ut som den gör? En viktig förklaring till varför debatten om hälso- och sjukvården ser ut som den gör är att den hjälper till att tydliggöra olika parterers identitet. En stor fördel med det renodlade och polariserande är att det hjälper till att skapa tydliga skillnader mellan de som är för och de som är emot. Tydliga konfliktytor är med andra ord funktionella i den meningen att de skapar tydliga identiteter hos olika aktörer. Och en tydlig identitet är central i en tid där kampen om att nå ut över bruset är intensiv. Även vår boks titel är en flirt med detta tidens tecken.

Det finns också en annan viktig förklaring till varför debatten fastnar i polariserande konfliktytor som den mellan offentlig eller privat driven vård eller för all del den om hur många landsting landet ska uppdelas i. Genom att engagera sig i polariserande debatter om i princip lösliga problem undviks elegant de långt mer relevanta problemen som saknar enkla principiella lösningar. Vi ser, menar vi, långt mindre diskussion om de oerhört viktiga, och svåra, frågorna om hur de ändliga resurserna för hälso- och sjukvård på bästa sätt ska användas till långt större vårdbehov. Även om det saknas lösningar på sådana frågor, menar vi att det är en ovilja eller möjligen oförmåga att ta problemen på allvar som förlamar utveckling – snarare än problemens inneboende olöslighet.

Det krävs knappast någon längre eftertanke för att inse de många värden som dagligen står på spel inom hälso- och sjuk-

vården och att dessa i många fall måste balanseras mot varandra. Vi vet också att hälso- och sjukvården i sin praktik dagligen löser sådana exempelvis genom de facto prioriteringar. Givet att hälso- och sjukvårdsverksamhet har denna karaktär av att innefatta en mängd vården och värdebalanseringar är det slående hur sällan just dessa aspekter är framträdande i den offentliga debatten. Vi menar att det inte är en slump. Här fungerar en polariserad debatt kring en populär och enkel skiljelinje som en sköld mot viktigare, men mångfalt svårare, frågor.

Vi menar att debatten formas av att det finns klara fördelar med att strida kring enkla skiljelinjer. Det ger deltagande parter tydliga identiteter och håller de riktigt svåra frågorna borta. Vi menar emellertid att det medför betydande kostnader. Det påverkar negativt möjligheterna till utvecklingen av sektorn. Förutom att detta medför betydande kostnader minskar det möjligheterna till utveckling inom sektorn.

Vad kan olika perspektiv från forskning inom ekonomi bidra med?

Företagsekonomi är en del av samhällsvetenskapen och det är knappast förvånande att ämnet delar många karaktärsdrag med samhällsvetenskapen i stort. Företagsekonomisk forskning kan exempelvis uppfattas som fragmenterad. Precis som inom samhällsvetenskapen i bred mening kan det inom olika ekonomiska deldiscipliner vara svårt att nå bred uppslutning mellan olika forskargrupperingar kring hur ett givet fenomen ska förstås. (Det kan till och med vara svårt att enas om hur ett till synes entydigt fenomen ska beskrivas.) Som en följd kan som regel olika forskargrupper arbeta parallellt med tydligt motstridiga teorier och metoder för att studera identiska eller åtminstone snarlika fenomen.

Företagsekonomi är ett bokstavligen hopplöst ämne om vetenskaplig verksamhet enbart ska värderas efter dess förmåga att etablera bred enighet och generera ovedersägliga slutsatser. Med en sådan skala framstår samhällsvetenskaplig forskning i regel som en kökkenmödding av olika teorier, metoder, problemformuleringar och slutsatser. Det finns dock andra värden än enighet och entydighet som kan vara väl så viktiga för forskning.

En annan dimension att värdera vetenskaplig verksamhet efter är dess förmåga att ge användbara sätt att betrakta och förhålla sig till en i grunden mångtydig verklighet. Här menar vi att den samtidiga existensen av flera olika sätt att betrakta och förstå verkligheten som kännetecknar ekonomisk forskning är en styrka snarare än en svaghet. I stället för att beskriva en mångfasetterad vetenskaplig verksamhet som en kökkenmödding kan den beskrivas som mångparadigmatisk.

Inom enskilda perspektiv (paradigm) är det lättare att formulera verktyg, begrepp och slutsatser som håller inom de ramar av antaganden och synsätt som perspektivet stipulerar. I sanningens namn ligger inte styrkan i enskilda perspektiv i de slutsatser som produceras utan snarare i en väl utvecklad förmåga att formulera ett sätt att betrakta olika problematiker. Sammantaget accentuerar detta att styrkan inte ligger i förmågan att skapa teoretisk enighet och ovedersägliga slutsatser. Styrkan ligger inte i en förmåga att ge sådana arkimediskt fasta punkter som fäste för att med hävstång förflytta världen. En mångparadigmatisk vetenskaplig verksamhet har sin styrka i att ge en rik verktygslåda med begrepp och förhållningssätt för att förstå och agera i en mångfasetterad värld.

I stället för att fungera som en fast och stabiliserande punkt, ser vi att forskning kan ha ett värde genom att vara destabiliserande. I det här fallet är det några väl etablerade skiljelinjer vi vill destabilisera. Därtill kan vi också utnyttja det som är en central styrka i vår vetenskapliga verksamhet.

Därmed har vi givit ett omständligt (och lite abstrakt) svar på frågan av vad olika perspektiv från forskning inom ekonomi bidra med: Genom att bistå med begrepp och sätt att förstå kan vi bidra till att blottlägga dolda handlingsutrymmen.

Det finns också ett annat svar att ge. Ett svar som relaterar till flera av de skiljelinjer som vi anser begränsar debatten om hälso- och sjukvården. Såväl hälso- och sjukvården som debatterna om densamma har under de senaste 10–20 åren kommit att färgas av olika begrepp och synsätt med tydliga kopplingar till ekonomin. Begrepp som effektivitet, kostnad, ersättnings-system, driftsform, offentligt, privat, marknadsmässig och konkurrens har snabbt blivit en tydligare del av den vokabulär som används för att bedriva och debattera verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Som ekonomer är vi redan involverade i såväl hur debattens skarpa skiljelinjer dras som hur verksamhet inom hälso- och sjukvården bedrivs. Därmed ser vi det också som vår skyldighet att försöka förskjuta debatten när vi ser det nödvändigt. Inte minst när såväl förnuftiga som mindre förnuftiga argument och åtgärder kan grundas i begrepp såsom effektivitet, kostnadskontroll eller marknadsmässighet.

Därmed har vi presenterat på vilket sätt vi som forskare ser att vi kan bidra med värde till sjukvården. Snarare än att ge enkla svar kan vi i samtal med olika parter inom hälso- och sjukvården bistå med begrepp och synsätt som förflyttar diskussionerna och pekar på nya möjligheter. Det är tanken bakom tankesmedjan Leading Health Care och det är också tanken med den här boken.

Nya frågor kräver nya svar – bokens innehåll

Pär Åhlström och Jon Rognes, båda verksamma inom ämnet Operations Management, som kanske bäst kan översättas som

verksamhetsledning, beskriver hur vården kan lära från industrin (inför varje kapitel finns en mer utförlig presentation av varje författare och hur du kan nå dem). Som författarna ser det är det inte en fråga om att tillföra mer resurser eller att ändra på de vårdaktiviteter, som i många fall utförs på ett utmärkt sätt – utan det handlar om att göra rätt saker vid rätt tidpunkt. Det gäller inte att operera fortare eller bädda snabbare, utan att ordna aktiviteterna på ett mer effektivt sätt för patienten och verksamheten.

Därefter går vi i tre kapitel in på det omfångsrika området IT i vården med tre olika ansatser. Magnus Mähning och Niklas Källberg inleder med en granskning av IT-projektvärlden, där de konstaterar att vi trots den uppmärksamhet IT-frågor får, fortfarande fokuserar på symptom och alltför litet på djupare orsaker till problemen för att få genomslag av den nya teknologin. Det gäller riskbedömningar, projektutvärderingar såväl som medias bevakning. Författarna tror att detta kommer att fortsätta tills involverade parter skaffar sig en djupare förståelse för den transformationsprocess som omvandlar IT-resurser till verksamhetseffekter och patientnytta och att de låter denna förståelse påverka förhållningssätt och angreppssätt avseende IT-relaterad verksamhetsutveckling.

Därefter speglar Carina Beckerman en del av de svårigheter som ligger i att just förändra verksamheten i samklang med nya möjligheter att styra och beskriva vården som tekniken ger. Hon konstaterar att vi ofta glömmer att ställa de allra viktigaste frågorna i samband med förändringsprocesser, i det här fallet: Vad är ett sjukhus och varför ser det ut som det gör? Måste ett sjukhus se ut som det gör? Och vad är egentligen ett informationssystem och hur kan det användas? Istället för att vända in och ut på olika fenomen och ifrågasätta så fortsätter vi tänka och göra som vi alltid gjort. Även när avsikten egentligen är att förändra och utveckla.

Ulf Essler ställer därefter frågan vem som egentligen lägger vårdpusslet – vårdproducenten eller medborgaren/patienten. Frågar man människor om vad värde är får man olika svar: pengavärde, värdefulla föremål, människovärde eller värdefulla minnen. Ulf resonerar kring värde i den process i vilken patienten och vårdens aktörer interagerar med varandra. Värde är inte vad producenten stoppar in utan vad brukaren får ut.

Tråden om hur pusslet skall läggas – som redan vävts in i kapitlet om verksamhetsledning och i de IT-relaterade kapitlen – lyfts tydligt fram i Johnny Linds och Kalle Kraus bidrag om ekonomistyrning. Författarna menar att man inte kan fortsätta lägga vårdpusslet genom att bara fokusera på de enskilda bitarna – kittet mellan dem måste också uppmärksammas. Den stora utmaningen för hälso- och sjukvården ligger därför i att utveckla den horisontella styrningen, som gäller samverkan i olika former som ett komplement till den viktiga vertikala – ekonomiska – styrningen.

Så långt i boken har vi fokuserat frågorna kring organisering, ledning och styrning av verksamhetsprocesser. Dessa är normalt föremål för organisationsledningars uppmärksamhet och ansvar. I hälso- och sjukvårdssektorn har dock en stor del av innehållet i det ledningar styr över kommit att formuleras och regleras utanför de organisationer och enheter som bedriver verksamheten. Det finns en stor mängd regleringar, professionella kunskaper och normer och politiska ambitioner som präglar inte bara det professionella vårdutförandet utan i hög grad även ledningsarbetet. I kapitlen om kunskapsstyrning (som för övrigt fått låna deisen ”utan tvivel är man inte klok” av Tage Danielsson) och marknader flyttas bokens fokus utanför organisationsgränserna.

Karin Fernler, Ebba Sjögren och C-F Helgesson för ett resonemang om de ofta relativt okontroversiella ambitionerna att kunskapsstyra vården. De når slutsatsen att försök till kunskaps-

styrning oundvikligen är försök att få olika fakta, skiftande värderingar och potentiella konflikter att samsas. Problemet är att det helt enkelt inte är möjligt att skapa idealiserade sammanhang där en framvaskad värderings- och konfliktfri kunskap kan styra. Ska hälso- och sjukvården kunna möta framtidens utmaningar krävs därför en stor försiktighet i hur försök till kunskapsstyrning kopplas till andra styrsystem. Författarna är dock övertygade om det högst rimliga i att hälso- och sjukvården, som det beskrivs i Ansvarsutredningen, använder de "metoder, åtgärder och behandlingar som visat sig ge bäst förväntat resultat".

C-F Helgesson och Hans Kjellberg presenterar ett nytt sätt att analysera marknader. De intar en pragmatisk syn på marknadslösningars effekter snarare än en som främjar en polariserande debatt. Två centrala antaganden ligger till grund för denna pragmatiska hållning. För det första att varje form av ekonomisk organisering ger externa effekter utöver de önskade (och avsedda). Detta gäller oavsett om de ekonomiska utbytena samordnas på en marknad med perfekt konkurrens, genom en planerad ekonomi, eller inom ramen för långsiktiga utbytesrelationer. För det andra att införandet av en marknad eller en marknadsliknande organisering av en viss sektor av ekonomin, inte per automatik har den ena eller andra effekten. Vi ser marknader som en organiseringsform som varken automatiskt löser problem utan att skapa några nya eller som alltid skapar fler oönskade än önskade konsekvenser.

I det avslutande kapitlet återkommer redaktörerna till behovet av en dialog kring värden i vården. Förhoppningar om att det går att finna en lösning som hanterar alla målkonflikter och värdemotsättningar återkommer ständigt. Vi pekar på olika sätt i denna bok, utifrån omfattande forskning och empiriska observationer, att debatter om verktyg tenderar att över-skugga debatter om värden. Förutom att verktygsdebatter ofta fastnar i teknikaliteter stjäl de fokus från samtal om värden.

Värdesamtal kan inte vinnas men de är oerhört viktiga. Man skulle till och med kunna säga värdefulla! Mycket nytta och nöje med läsningen av boken.

” Som vi ser det är det inte en fråga om att tillföra mer resurser eller att ändra på de vårdaktiviteter, som i många fall utförs på ett utmärkt sätt – utan det handlar om att göra rätt saker vid rätt tidpunkt. Det gäller inte att operera fortare eller bädda snabbare, utan att ordna aktiviteterna på ett mer effektivt sätt för patienten och verksamheten. ”



Jon Rognes, Ek Dr, Civ Ing
Department of Management and Organization
Handelshögskolan i Stockholm
jon.rogneshhs.se



Pär Åhlström, Professor
Department of Management and Organization
Handelshögskolan i Stockholm
par.ahlstromhhs.se

Hur kan sjukvården lära av andras produktionsledning

Sjukvården har (ett operations) problem

Att vård och omsorg i Sverige trots sina många goda sidor har potential att förbättras, är nog de flesta eniga om. Det finns alltid utrymme till förbättringar, även om den svenska sjukvården är jämfört med andra länder relativt billig i förhållande till de medicinska resultat som den levererar. I debatten kring hur sjukvården ska förbättras framkommer ofta synpunkten att det handlar om ett resursproblem: ”ge sjukvården mer resurser så kommer problemen att lösas”. Vi menar att sjukvården har ett grundläggande organiseringsproblem. Att bara dirigera om resurser till sektorn, utan att ta tag i organiseringsproblemen kommer bara att göra problemen värre.

Resursfördelningsargumentet blir också allt svårare att försvara om vi blickar in i framtiden. Sverige står inför stora utmaningar för att klara vård och omsorg i framtiden. Mer kunniga och krävande patienter, nya behandlingssätt för svåra sjukdomar och en allt större andel av befolkningen i de äldre åldersgrupperna leder till att resursåtgången beräknas öka med 50 procent under de kommande 25 åren – uppgifter tagna ur NUTEK-rapporten ”Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer”. Därmed finns det all anledning att genom att arbeta med verksamheternas organisering försöka förbättra effektivitet och produktivitet i vården. Med nuvarande finansieringssystem och skattenivåer kommer systemet i framtiden

inte att klara finansieringen av vård och omsorg om inte en effektivisering av vården kan ske.

Effektivitet och kvalitet är områden som är kärnan i det som på engelska kallas "operations management". På svenska skulle ordet "verksamhet" passa väl, bättre än den oftare förekommande översättningen "produktion", speciellt när det är tjänster vi producerar. Kärnan i ämnet operations management är kunskap om hur verksamheter bäst kan utformas, styras, ledas och förbättras, för att nå högsta möjliga kvalitet till lägsta möjliga kostnad. Erfarenheterna från utvecklingen i andra branscher visar att nya arbetssätt inom operations management har kunnat bidra till kraftiga förbättringar både vad gäller kvalitet och produktivitet.

Det finns all anledning för sjukvården att – om möjligt – försöka tillgodogöra sig de kunskaper och landvinningar som gjorts under de senaste decennierna. Många goda försök finns runt om i landet att applicera nya tankegångar inom vårdproduktion, för tillfället framför allt i termer av Lean Production filosofin. Men, mycket återstår att göra. Som vi ser det är det inte en fråga om att tillföra mer resurser eller att ändra på de vårdaktiviteter som i många fall utförs på ett utmärkt sätt idag – utan det handlar om att göra rätt saker vid rätt tidpunkt. Det gäller inte att operera bättre eller bädda snabbare – utan att ordna aktiviteterna på ett mer effektivt sätt för både patienten och verksamheten. Hur kan då sjukvården lära av andra? Industrin har brottats med samma problematik under mer än hundra år och kommit en god bit på väg.

Andra sektorer har kommit längre

En utgångspunkt vi har är att vård och omsorg kan förbättras genom att applicera kunskaper från andra typer av verksamheter. Industrin har under decennier befunnit sig i en konkur-

renssituation som tvingat fram processförbättringar och managementfilosofier vars effekter på verksamhetens effektivitet och resursutnyttjande är väl dokumenterade. Genom att lära av andra verksamheter kan vård och omsorg förbättras, längs flera dimensioner, utan tillförsel av resurser. Filosofier och metoder för organisering av verksamhet med rötter i industrin kan appliceras på vård och omsorg, där det som produceras är vårdtjänster och inte fysiska produkter.

Enligt nämnda NUTEK-rapport skulle vården kunna effektiviseras med 20 procent. I våra egna studier inom vården framkommer det ett starkt stöd för att det är möjligt att nå betydande effektivisering genom organisatoriskt nytänkande. Flertalet indikationer landar i att effekten från lyckade projekt ligger i nivå 15–20 procent, vilket också är vanliga siffror från industrin. Förbättringarna möjliggör att fler patienter kan komma till behandling snabbare – och med högre kvalitet i vårdprocesserna. Förbättrad genomströmning av patienter och reducerade kötider är ett uppnått resultat vid de försök att applicera industriella principer som har förekommit, vilket är en kvalitetseffekt för både individen och hela samhället. De individuella lidanden och samhällsliga kostnader som orsakas av brist på tillgänglighet till vården går knappast att överskatta.

Frågan är dock hur dessa filosofier kan appliceras. Det står helt klart att filosofier och metoder för processförbättringar behöver modifieras för att passa i den miljö som vård och omsorg karaktäriseras av. Men problemet ligger i att organiseringen och framför allt styrningen av sjukvården idag försvårar införandet av nödvändiga organisatoriska förändringar och bromsar effekterna av genomförda förändringar.

Ett av de mest använda industriella koncepten just nu inom vården är Lean Production. Konceptet ligger väldigt mycket i tiden och seminarier kring temat lockar stor publik från sjukvården. Flera vårdorganisationer har också inlett arbeten kring att implementera konceptet. Så konceptets popularitet

är oomtvistad, men vad som är mindre självklart är vilka modifieringar som behövs för att Lean Production ska passa i världen, och framför allt hur man gör. Vilka anpassningar behöver göras på grund av världens delvis unika produktionslogik, och vilka hinder finns för att få till stånd samma förbättringar som delar av industrin har lyckats med de senaste decennierna?

Produktionsledning – Lean Production

För att visa på svårigheterna med att effektivisera produktionen av vård har vi valt att studera exemplet Lean Production. Det är en heltäckande filosofi kring hur produktion av varor eller tjänster skall bedrivas på bästa möjliga sätt. Lean Production har fått en stor spridning, och har även väckt intresse inom vården, som vi skall se i några exempel. För vårt vidare resonemang behöver vi kort gå igenom vad det innebär.

Begreppet "Lean Production" skapades i det världsomspännande forskningsprojektet kring världens bilindustri som ägde rum under mitten av 1980-talet. I projektet ställdes den centrala frågan varför japansk bilindustri var så överlägsen den amerikanska? Svaret man fann benämndes "Lean Production" och visade sig leda till möjligheten att producera bilar med dubbelt så hög kvalitet till hälften av resursinsatserna. Det visade sig också vara möjligt få dessa effekter även utanför Japan. Det var organiseringsprinciperna som var de viktiga, inte i vilket land man befann sig. Centralt i dessa organiseringsprinciper var det arbetssätt som sedan andra världskriget utvecklats vid Toyota i Japan. Det är detta arbetssätt som utgör grunden i det som kom att kallas Lean Production.

Sedan begreppet "lean" myntades, har det kommit att spridas till många olika sektorer och även fått mängder med uttolkningar. Det gör att det inte finns en definition av vad Lean Production är, utan väldigt många. Det är därför vansk-

ligt att exakt definiera vad Lean Production är, men vi gör ändå ett försök.

Lean bygger på några centrala principer: organisationen kan hela tiden bli bättre (ständiga förbättringar) genom att involvera alla medarbetare (allas ansvar) i att eliminera alla onödiga moment (reducera slöseri) i verksamheten. Detta gör man genom att alla arbetar strukturerat och standardiserat mot gemensamma mål – genom mätning och feedback – och genom att ständigt förbättra verksamhetens processer.

För ledningen gäller det att utforma produktionssystem och processer rätt, att skapa rätt incitamentsstruktur och att bygga rätt värderingar i organisationen. För mellanchefer innebär det att arbeta genom ett närvarande ledarskap, delegering av ansvar och befogenheter och att involvera alla medarbetare. Viktigt är också att arbeta med system för förbättringar och att skapa fokus genom lokal mätning, uppföljning och feedback. För medarbetarna innebär det att man arbetar med tydliga och gemensamma mål, att man i viktiga uppgifter har ett arbetssätt som är lika – oberoende av vem som utför uppgiften, att arbeta med förbättringar i den dagliga verksamheten och att arbeta med mottagaren i fokus.

Vi har valt att gå igenom några av de viktigaste principerna mer i detalj:

Ledningen – Processer och flödesorientering

En viktig del i Lean är att se verksamheten som processer i stället för enskilda aktiviteter och avdelningar. Fördelen med att tänka process i stället för aktivitet är att fokus hamnar på producerat slutresultat i stället för effektivitet i de enskilda momenten. Flödesorientering skall alltid ske med hela produktionsflödet i fokus, inte bara genom att mindre moment i enskilda avdelningar optimeras. En optimering av enskilda delprocesser kan ibland till och med skada helheten. Ett exempel är om en klinik blir mycket effektiv på att förbereda patien-

ter för operation, men genomförandet av operationen inte är synkroniserad med förberedelserna. Den första effektiviseringen får då inget genomslag på hela processen, utan kan i värsta fall leda till kö av förberedda patienter, som eventuellt behöver förberedas igen, när operationen genomförs.

Ledningen – Incitamentsstruktur

Eftersom mycket av vitsen med Lean Production är att få alla medarbetare att arbeta mot samma mål är det viktigt att målen är klara och att rätt beteende belönas. Det är därför centralt att både ekonomisystemet och andra uppföljningssystem belönar ett riktigt beteende. Det man mäter och följer upp blir det som folk bryr sig om. Som vi skall se i några exempel kan det leda fel om ett felaktigt beteende belönas med mer resurser i nästa budget. Effektiviseringar och kvalitetsförbättringar måste lyftas fram och belönas, genom mer resurser, större inflytande eller andra incitament.

Ledningen – Värderingar

Lean Production är inte en samling verktyg som kan tillämpas var för sig, det är ett övergripande sätt att se på verksamheten. För att fungera måste det genomsyra alla delar, vilket gör det till en kultur- och värderingsfråga likaväl som en fråga om arbetssätt och flöden. Kundtänkande kräver att fokus ändras från den egna uppgiften till vad nästa led behöver för att slutresultatet skall bli bra.

Mellanchefer – Ledarskap

Ledarskapet är en mycket central del i hur väl Lean produktion lyckas. Ledarskapet måste skapa en kultur med värderingar såsom öppenhet, ömsesidigt förtroende, lagarbete, kundfokus och utbildning/träning. Ledaren måste finnas till hands, vara synlig. Genom att delta i det dagliga arbetet och ställa frågor, lyssna och framför allt agera på det man får reda

på uppnås ett förtroende. En viktig princip i lean och i förbättringsarbete är att betona allas ansvar för sitt eget arbete, alla är involverade och ansvariga för resultatet av sitt eget arbete.

För att kunna arbeta med ständiga förbättringar och med tydligt kundfokus måste ansvar och befogenheter ligga hos den som utför uppgiften. Det innebär särskilda krav att leda en verksamhet som arbetar på detta viset. En viktig princip är att ansvaret och befogenheten skall ligga hos den som gör jobbet. Det innebär att medarbetarna själva får ta beslut i så stor grad som möjligt. Om uppgiften är väldefinierad och kundbehovet är klart skall medarbetarna själva kunna avgöra hur undantag och problem skall hanteras. En annan viktig princip är att flera medarbetare skall kunna göra varje uppgift. På så vis blir vi mindre känsliga för sjukdom, om någon slutar eller om man får för mycket att göra i någon del i processen.

Mellanchefer – Förändring och förbättring

Ständiga förbättringar är en av grunderna i Lean. Ständiga förbättringar innebär att medarbetarna regelbundet reflekterar över hur arbetet utförs och är villiga att pröva nya, väl underbyggda och genomtänkta sätt att arbeta. För ett framgångsrikt förbättringsarbete behöver förändringar genomföras på ett metodiskt och organiserat sätt. Ordentligt faktaunderlag ska tas fram till varje viktigt beslut, detta gäller alla nivåer i organisationen och både kort- och långsiktiga beslut. Varje medarbetare medverkar till att deras arbetssätt utvecklas över tiden. Alla arbetar i en process och den processen innehåller oftast icke värdeskapande aktiviteter som bör elimineras.

Mellanchefer – Mätning och återkoppling

Mätning och uppföljning är ett krav för att kunna säkerställa förbättringar. En grundprincip för mätning av produktivitet och kvalitet är att vi skall mäta lokalt, på varje process. Mätningen skall användas som underlag för förbättringar där de

görs. Alla mätningar skall återkopplas till den som utfört uppgiften. Målet är att det skall ske så snabbt som möjligt, helst direkt. Om resultatet inte är acceptabelt skall åtgärder ske direkt.

Medarbetarna – Tydliga och gemensamma mål

En förutsättning för att kunna göra ett bra arbete är att alla skall veta kriterier för vad som är ett bra arbete. I vården kan det vara ett problem att avgöra vad som skall prioriteras och var gränser skall dras. Både produktivitet och kvalitet är viktigt, medarbetarna måste veta vad som utgör ett bra arbete, och vad som skall undvikas. Gränsdragningarna skall inte göras av var och en, istället skall så klara riktlinjer som möjligt göra det lättare att göra ett bra jobb. En del i det är att alla skall få feedback på sitt arbete och genom den veta hur man ligger till jämfört med målen.

Medarbetarna – Standardiserat arbetssätt

En uppgift skall alltid utföras enhetligt på bästa sätt för samma resultat, oberoende av vem som utför den. Det gör att medarbetarna undviker att uppfinna hjulet på nytt hela tiden. Genom att standardisera arbetssätt, uppstår en förutsägbarhet i systemet och energin kan ägnas åt att förbättra det standardiserade arbetssättet. Därmed undviker man onödiga moment och arbetar med så enkla och effektiva verktyg och hjälpmedel som möjligt. Målet är att arbeta med en praktisk formaliseringsgrad, med enkla och användbara instruktioner och undvika krångliga och överarbetade strukturer och system.

Medarbetarna – Ständiga förbättringar i den dagliga verksamheten

En av de viktigaste delarna i Lean är att involvera alla medarbetare i att ständigt förbättra arbetssätt och ta bort onödiga moment. Det innebär för alla medarbetare att man arbetar

med att ständigt förbättra det sätt man gör sitt dagliga arbete genom att: ständigt ifrågasätta och föreslå förändringar.

Medarbetarna – Kundfokus

Målet är inte att jag skall utföra min uppgift så jag är nöjd, utan göra den så att de i nästa steg i processen är nöjda. Alla skall ha fokus på att leverera rätt saker i rätt tid till sina kunder, interna och externa. Den som tar emot det jag har gjort i processen är kund.

Fungerar det även i vården?

Det börjar finnas exempel på hur modernt tänkande från Operations Management-området med framgång har applicerats i sjukvården. Lean Production bygger på några enkla grundprinciper som går att tillämpa överallt. Att man skall undvika att göra onödiga aktiviteter, att man hela tiden skall sträva att bli bättre, att det är bättre att involvera så många som möjligt i den strävan är principer som är svåra att säga emot. På samma sätt låter det naturligt även för vården att det för varje enkel uppgift finns både dåliga och bra sätt att utföra den och att det är bättre om alla gör den på det bra sättet.

Lean Production, såsom vi har definierat det ovan, är väldigt generellt. Redan 1994 gjorde vi en studie av hur Lean Production skulle kunna tillämpas inom vården – ”Lean Hospital” IMIT-rapport 74. Det är inte alltid förändringarna går under benämningen Lean Production, det är dock inte det viktiga. Det som är viktigt är att principer inspirerade från industriell verksamhet börjar appliceras inom sjukvården. I en bemärkelse skulle det kunna kallas ”strukturerat sunt förnuft”. Det är därför främmande att tänka sig att grundtankarna inte skulle fungera i princip i vilken verksamhet som helst. Detta innebär dock inte att vård och industri är samma sak.

Visst är det så att vården är speciell, den handlar om liv och död, människors väl, och inte om att producera saker med så mycket vinst som möjligt. Men därmed inte sagt att man inte kan lära sig från andra hur en verksamhet kan bedrivas effektivt. Vissa delar av vården innebär att samma uppgifter skall göras på många patienter på ett så resurssnålt sätt som möjligt. Det finns speciella krav på vårdkvalitet, patienthänsyn och andra aspekter som måste tas med i bilden, men även andra verksamheter har specifika kvalitetskrav och kundkrav. Kvalitet är centralt i Lean Production – inte minst för att det påverkar effektiviteten. Genom att göra rätt från början kan mycket resurser sparas. Kvalitetsproblemen är också betydligt mindre i många industrier än i sjukvården.

En av de centrala skillnaderna mellan ett Lean Production-synsätt på verksamheter och ett mer traditionellt, som bland annat sjukvården präglas av, är en stark fokusering på genomflödet (i sjukvården av patienter) snarare än resursutnyttjande. Detta är centralt, då det finns en fundamental motsättning mellan de två. Det går inte, speciellt inte i vårdsammanhang, att både ha högt resursutnyttjande och snabbt genomflöde. Om man ska lyckas med det krävs att man arbetar hårt på att reducera alla former av oönskade variationer, som till exempel kan skapas av brist på planering, dåliga rutiner och dåligt underhållen utrustning. Det är speciellt här Lean Production-principer kommer in.

Det är då viktigt att notera att det inom vården också finns variation som inte går att göra någonting åt. Vi kan inte alltid veta exakt vilka människor som kommer drabbas av vilka sjukdomar och när de kommer att göra det. Med andra ord innebär det att finns olika delar av vården där koncept som Lean Production passar mer eller mindre bra. För att hårdra det passar konceptet ypperligt i selektiva vårdmiljöer, som karaktäriseras av relativt höga volymer av patienter. Där är likheterna med verksamheter där konceptet fungerar väl stora. Modifie-

ringarna som kan antas behövas är mindre. I vårdmiljöer där de naturliga variationerna är stora, speciellt i akutsjukvård, behöver större modifieringar göras. Det innebär dock inte att operations management kunskaper inte kan appliceras. Våra egna analyser av akutverksamheter visar att det finns potential till förbättringar.

Varför har då idéer från annat håll så svårt att slå rot?

Att ett införande av Lean Production skulle innebära potential till förbättringar är tydligt. Vi ser flera exempel där man lyckats med att införa industriellt tänkande i form av delar av Lean Production i vården, men det tycks inte sprida sig av sig själv, och det möter många gånger motstånd. Varför är det då uppenbarligen så svårt att ändra arbetssätt och tankesätt i vårdproduktionen?

Ett skäl till att effektiviseringen av vården inte har kommit lika långt som inom andra sektorer är att det i många fall saknas incitament att bli bättre. Ett budgetsystem där en effektivisering leder till indragna medel för nästa år gör att drivkrafterna för förbättringar saknas. Om man å andra sidan drar över budget har det inte nödvändigtvis några allvarliga konsekvenser och kan i vissa fall till och med leda till att man belönas med en större budget nästa år. Ett annat exempel är när antalet behandlingar är upphandlat på en fast ram. Om avdelningen effektiviserar och når en högre produktivitet med samma resurser kan det leda till att antal patienter som skall behandlas uppnåtts redan i november. Skall man då fortsätta att ta in patienter utan ersättning, skall personalen permitteras eller göra andra uppgifter resten av året? Ett annat problem är att effektiv vårdproduktion inte belönas i tillräckligt hög utsträckning vid läkares meritering eller karriärutveckling. Duk-

tiga specialister premieras i många fall högre än produktiva kliniker.

Ett ytterligare skäl till att nya former för hur verksamheten bedrivs har svårt att få fäste i vården är att en stor del av mellancheferna i vården inte har någon utbildning inom organisation och ledning. Läkarna, som är den yrkesgrupp inom vården med mest inflytande, saknar till stor del kunskap kring och formell utbildning i hur man på ett effektivt sätt leder och utvecklar en organisation. Det gör att förståelsen för nya arbetsätt och nya sätt att tänka kring processer, effektivitet och kundfokus har svårt att få fäste hos ledningen. Språket är annorlunda och sättet att resonera känns främmande. Kulturskillnaden mellan å ena sidan de naturvetenskapligt skolade läkarna och å andra sidan ekonomiska och produktionsfokuserade resonemang leder till motsättningar, missförstånd och konflikter. Självklart är det så att de med kunskaper inom Operations Management inte kan något om själva patientmötet, utan det man kan handlar om vårdprocessen. Men processer, det kan man och där är det inte självklart att högt specialiserade läkare är lika kompetenta.

Läkare som profession har en mycket stark roll i dagens sjukvård. En effektivisering kan på vissa områden leda till att man inte har full rådighet över det egna arbetet, utan behöver finna sig i rutiner och strukturer som har tagits fram av andra. Det uppfattas inte alltid som positivt, och argument som "inte under mitt medicinska ansvar" eller "varje patient är unik" används för att försvara rätten att arbeta som man alltid har gjort. Försök till standardisering av arbetssätt som kommer inifrån professionen själv är svårt nog. Men speciellt främmande är tanken att någon som inte är medicinare skall tala om för läkare hur de skall utföra sitt arbete, även om det inte handlar om hur den medicinska delen av arbetet utförs utan om hur flöden och samarbete mellan enheter organiseras.

Ytterligare ett hinder mot förändring av vården är att effektivitet ofta förknippas med vinst, och vinst har fått en negativ klang inom vissa grupper i vården. "Vi skall inte profitera på sjuka människor" är ett citat från en politiker och den åsikten har satt prägeln på en del av debatten. Vinst behöver dock inte innebära att medel tas bort från vården eller från de vårdbehövande, utan är främst ett mått på att verksamheten är effektiv. En effektiv vård som går med "vinst" innebär att vi får ett överskott på resurser som kan återinvesteras. Ett argument mot effektiva specialenheter, särskilt i privat regi, är att de då kan plocka russin ur kakan och bara ta de mest attraktiva fallen. Det är inte nödvändigtvis ett argument mot att specialisera vården, utan snarare ett tecken på att ersättningssystemet inte fungerar bra. Dagens DRG-system har svårt att hantera ersättningar rättvist, vilket är ett måste om ekonomiska incitament skall fungera som styrmedel.

Vården är en komplex verksamhet – både vad gäller innehåll, styrsystem och kunder. Det gör att alla delar från Lean Production inte kommer att fungera överallt, utan vi behöver anpassa arbetssättet och metoderna till de olika sätt som finns att arbeta inom vården. Ett akutsjukhus fungerar inte på samma sätt som en operationsavdelning, lika lite som en bilfabrik fungerar på samma sätt som ett callcenter. Men både i callcenters, bankvärlden och verkstadsindustrin har man med framgång använt grundprinciperna från Lean Production och allt talar för att samma sak är möjligt inom vården.

Bland de exempel på nya sätt att arbeta med Lean Production i vården har vi sett en tydlig trend mot att det etableras mindre öar med nytt arbetssätt – ofta med bra resultat. Det verkar dock svårt att få det att sprida sig, såväl inom den egna organisationen som mellan sjukhus. Många initiativ till förbättrade arbetssätt görs på klinisknivå, där de lokala processerna går igenom och effektiviseras. De lokala angreppssätten arbetar med verktyg och arbetssätt från Lean Production, men inte

med kultur och filosofi inom hela organisationen. Det har visat sig svårare att genomföra ett processtänkande på hela vårdkedjan. Mycket av framgången bakom lyckade införanden av Lean Production bygger på att förändra inställningen hos alla, mot ett tydligare kundtänkande och genom ständiga förbättringar. Det är inte relevant att göra detta lokalt i en organisation, utan för att lyckas fullt ut måste det genomsyra hela organisationens tankesätt. Det är en formidabel utmaning att förändra tanke-sätt i en organisation, i ett styrsystem och hos en yrkesgrupp, men de som lyckas kommer troligen att ha en stor fördel.

Vad borde då debatten handla om?

Från vårt Operations Management-perspektiv, där fokus ligger på hur olika verksamheter kan organiseras för att bättre kunna möta de krav som ställs på dem, anser vi att det finns skevheter i debatten om sjukvården. Mycket av debatten handlar om att sjukvårdens problem kan lösas med mer resurser. Vi menar att det istället handlar om att utnyttja sjukvårdens resurser på ett bättre sätt. Genom att lära sig av andra verksamheter, framför allt industriella verksamheter som under längre tid har tvingats till förbättringar, kan sjukvården bli bättre utan tillförsel av resurser. Kvaliteten kan ökas, men framför allt kan tillgängligheten till vård förbättras, vilket är av stor vikt.

När idén att sjukvården kan lära av andra – industriella – verksamheter kommer ofta motargument. Ett vanligt är ”det handlar om människor och inte bilar”. Det stämmer förstås, men det innebär inte att man inte kan lära sig något. Faktum är att patienter ibland far mer illa i sjukvårdsprocesser än vad bilar gör i en modern bilfabrik. Ett annat argument är att användning av industriella principer skulle innebära att personal skulle behöva arbeta hårdare. Det stämmer inte. Det handlar om att arbeta smartare, inte hårdare.

Debatten borde istället handla om vad som kan göras för att det ska bli enklare att genomföra nödvändiga förändringar av vårdverksamheter. Hur kan sjukvården på bästa sätt ta till sig lärdomar och arbetssätt från andra områden som industri och tjänstesektorn i det privata näringslivet? Det går inte att förbättra utan att förändra, men det tycks finnas en stor inbyggd tröghet i vården. Hur kan vi komma bort från den trögheten, utan att samtidigt riskera att vi skadar de delar av vården som fungerar utmärkt?

Industriella principer som Lean Production kan tjäna som en utgångspunkt för förbättring av sjukvården, med de modifieringar som är nödvändiga för att anpassa principerna till de olika verksamheter som finns inom vård och omsorg. Verksamhetslogiken är inte den samma på en vårdcentral, en akutmottagning, ett regionsjukhus eller ett universitetssjukhus. Det är således fråga om en förändring i dubbel bemärkelse. Främmande tankesätt och idéer behöver anpassas till sjukvårdens särskilda förutsättningar och sjukvården behöver förändras. Debatten borde handla om hur sjukvårdens organisation och arbetssätt kan förändras för att kunna fungera mer effektivt och vad som behövs för att genomföra denna förändring.

” Trots den uppmärksamhet IT-frågor får, handlar risk-
bedömningar, projektutvärderingar och även medias bevakning
mycket om symptom och litet om djupare orsaker till problemen.
Vi tror att detta kommer att fortsätta tills involverade parter
skaffar sig en djupare förståelse för den transformationsprocess
som omvandlar IT-resurser till verksamhetseffekter och patient-
nytta samt låter denna förståelse påverka förhållningssätt
och angreppssätt avseende IT-relaterad
verksamhetsutveckling.”



Magnus Mähring, Ek Dr
Department of Marketing and Strategy
Handelshögskolan i Stockholm
magnus.mahring@hhs.se



Niklas Källberg, MSc, Forskarstuderande
Department of Management and Organization
Handelshögskolan i Stockholm
niklas.kallberg@hhs.se

IT i sjukvården: Evigt löfte och daglig förbannelse

Miljarder kronor satsas årligen på IT inom sjukvården. Den tilltro och det hopp som sätts till IT är stort: IT är en effektivitetsräddare i nöden, ett verktyg som möjliggör ökad produktivitet utan uppsägningar, en väg till ökat patientinflytande, en grundläggande förutsättning för framtidens vårdorganisation, för vårdkvalitet, effektivitet, korta ledtider och patientnytta. Användningen av IT fortsätter att öka inom sjukvården. IT integreras i allt fler sjukvårdsprocesser och sammanflätningen av elektronisk medicinsk utrustning och informationssystem som stödjer operativa och administrativa processer blir alltmer omfattande.

Samtidigt är nackdelarna med IT många: användning av journalsystem som minskar läkares tid för patienterna, parallella implementeringsprojekt på olika platser i Sverige för samma typ av system från samma fåtal leverantörer, storslagna IT-projekt som spränger kostnadsramarna och tar resurser från den operativa verksamheten, satsningar som går i stöpet. I värsta fall kan problemtyngda IT-satsningar till och med fortsätta i ett zombieliknande tillstånd där pengarna fortsätter att rulla, samtidigt som utsikterna att åstadkomma verkliga verksamhetsförbättringar och ökad vårdkvalitet blir mer och mer avlägsna.

IT är ett evigt löfte men alltför ofta en daglig förbannelse – eller åtminstone en återkommande besvikelse och ett stort irriteringsmoment. Vi menar att en viktig del av problemet ligger

i synsättet och angreppssättet på IT-satsningar, dels vid investeringsbeslut, dels i projektgenomföranden. Vi menar också att diskussionen om IT i sjukvården relativt sett borde handla mindre om teknikval och funktionalitet och istället mer om kompetenser, arbetsformer för förändringsarbete, bättre samverkan mellan professioner och långsiktigt processutvecklingsarbete.

Flera typer av förändringar i kunskaper, förståelse, attityder och angreppssätt på IT-satsningar är nödvändiga för att ta tillvara mer av den potential som IT-relaterad verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården faktiskt har:

Djupare förståelse för hur IT bidrar till effektivisering, verksamhetsnytta och patientnytta: Vid beslutsfattande och genomförande av IT-satsningar krävs en rik förståelse för hur IT-resurser omvandlas – transformeras – till verksamhetsnytta och för det faktum att all nytta av IT uppnås indirekt, via processförbättringar och andra verksamhetsförändringar.

Ökad uppmärksamhet på det konkreta genomförandet av IT-satsningar: Eftersom IT bara skapar värde indirekt behöver beslutsfattare förstå och bedöma utmaningarna i det konkreta genomförandet. Det räcker inte att ta ställning till en investeringskalkyl eller en projektplan.

Bättre förmåga att bedöma och ta hänsyn till en specifik verksamhetsutvecklingskraft och utvecklingskompetens: En del sjukvårdsverksamheter har mycket begränsad erfarenhet och kompetens av verksamhetsutveckling. Man måste lära sig att krypa innan man kan gå, och medan vissa IT-satsningar ser bra ut på papperet hjälper inte det om inte verksamheten har tillräcklig förändringskompetens och förändringsork för att genomföra satsningen.

Överbryggande kompetenser mellan expertområden som är inblandade i IT-relaterat förändringsarbete: I detta sammanhang möts åtmins-

tone tre professioner med delvis olika synsätt; den medicinska professionen, IT-professionen och management-professionen. Ingen av dessa "äger" arbetsområdet förändringsarbete eller verksamhetsutveckling och alla behöver samverka för att överbrygga sina olika kompetensområden och sina skillnader i synsätt.

Ökad kompetens avseende förändringsarbete och processutveckling i hälso- och sjukvårdsverksamheter: Genomföranderisken minskar avsevärt om ordinarie sjukvårdspersonal har baskompetenser för att arbeta med projekt, processdesign och förändringsarbete. Att i alltför stor utsträckning behöva förlita sig på extern kompetens (t.ex. konsulter) ökar riskerna dels i projektgenomförande, dels för att system inte passar nuvarande och framtida arbetsprocesser. Därför är det också en fördel att på enhetsnivå bedriva flera, mindre projekt, som möjliggör lärande och minskar genomföranderisker, snarare än enstaka stora satsningar.

I detta kapitel ger vi, baserat på vår forskning inom hälso- och sjukvårdsverksamheter och i andra branscher, en översikt av dessa utvecklingsområden. Genom att belysa dessa frågor hoppas vi kunna bidra till en utveckling av politikernas, tjänstemäns, verksamhetsledningars sjukvårdspersonals och andra berörda parter angreppssätt på frågor som avser IT-relaterad verksamhetsutveckling.

Hur bidrar informationsteknologi till värdeskapande?

Det tog flera decennier av IT-användning i företag och andra organisationer innan det gick att statistiskt påvisa att IT har en positiv påverkan på verksamheters produktivitet. Numera kan man konstatera att IT-investeringar i genomsnitt ger en tydligt

positiv ekonomisk avkastning – vilket också förklarar varför uppmot hälften av alla kapitalinvesteringar i organisationer avser IT. Men i det här fallet är ”i genomsnitt” ungefär lika betryggande som att ha en hand i frysen och den andra på en het spis och tro att man ska bli lagom varm: det har nämligen visat sig att ekonomisk avkastning av IT-investeringar varierar enormt, från starkt positiv till kraftigt negativ. (Avkastning samvarierar här med produktivitet och upplevd produkt- och servicekvalitet.) Vad beror då dessa skillnader på? Enkelt uttryckt: *organisationens förmåga att kombinera investeringar i IT med utveckling av verksamhetsprocesser, samt dess förmåga att välja och genomföra IT-satsningar som är i samklang med organisationens strategiska avsikter (eller övergripande utvecklingslinje, om man så vill).*

Även om detta kan förefalla självklart, ser vi ändå upprepade gånger att man vid IT-satsningar inte arbetar på det sätt som krävs. Ett av de grundläggande problemen är bristen på förståelse för hur IT bidrar till värdeskapande. Eller omvänt: önsketänkandet att IT-investeringar i sig själva skapar värde. Men IT är inte som en brödrost. En ny brödrost pluggar man in i vägguttaget och sedan fungerar den. Den behöver inte anpassas, dess användning kräver i princip ingen inläring och man behöver inte tänka om hela sitt sätt att äta frukost för att få ut nytta av den. Traditionellt har vissa investeringar i medicinsk utrustning varit likartade, i synnerhet när man byter ut en existerande enhet mot en annan eller när man skaffar en ny enhet som ersätter en viss kombination av existerande enheter. Ett exempel skulle kunna vara en ny dialysenhet som minskar behandlingstiden per patient men inte kräver förändrade arbetsprocesser.

Men de flesta IT-satsningar som idag görs inom sjukvården avser vanligen inte ”brödrostar”, utan informationssystem som integreras i arbetsprocesser på komplexa och mångfacetterade sätt, ofta över enhets- och organisationsgränser. I allt större utsträckning integreras dessa system också med medicinsk ut-

rustning, som till exempel i integrerade system för digital röntgen (RIS/PACS-system). För att dessa satsningar ska resultera i positiva effekter som ökad produktivitet, arbetstillfredsställelse och patientnytta krävs att de som har inflytande över IT-satsningar har en djup förståelse för den transformationsprocess som omvandlar IT-resurser till verksamhetsnytta och verksamhetsprestationer. Man brukar ofta tala om implementering eller införande av IT, men egentligen handlar processen mer om en ömsesidig anpassning och fortgående förändring av arbetsrutiner, verksamhetsprocesser, verksamhetsstyrning och informationssystem.

För att ta ett exempel har införande av digital röntgen i många fall inte gett de effekter som man i förväg trott och avsett, i synnerhet vad gäller kostnadsbesparingar. Ofta är huvudanledningen att man har gått från analog till digital teknik men inte förändrat arbetssätt. Systemet har utformats efter de analoga processerna och gamla rutiner har cementerats, istället för att utnyttja den stora förändring tekniskiftet innebär till att tänka nytt. I fall där man ser påtagliga effekter av digitalisering av röntgenverksamheter, kan man ofta se att satsningen innefattat förändringar av arbetsprocesser, förändringar i personalens kompetens och sammansättning, förändringar i styrsystem, mål och prestationskrav, samt en gradvis ökande förmåga att löpande arbeta med processförbättringar. *En central slutsats av detta är att nyttan av en IT-satsning i stor utsträckning bestäms i det konkreta genomförandet och i det fortlöpande arbetet med att utveckla arbetssätt efter ett systeminförande.*

Vikten av det konkreta genomförandet

Trots att genomförandet är avgörande för värdet av en IT-satsning, behandlas detta alltför ofta som oproblematiskt vid beslutsfattande om IT-investeringar. Det finns en särkoppling

mellan investeringsprocesser och genomförandeprocesser. Det arbete som skapar värde av investeringen underskattas i investeringsskedet och det har flera viktiga konsekvenser.

Den första konsekvensen är att man underskattar svårigheterna i genomförandet. Det leder till att man underskattar resursbehovet för genomförandet och avsätter för litet ekonomiska medel, personalresurser och kompetens för att driva genomförandet. Dessutom åter kostnader för hårdvara, mjukvara och systemanpassningar ofta upp en så stor del av investeringsbudgeten att man väljer att spara in på utbildning och personalmedverkan. Detta ökar riskerna för problem i genomförandeprocessen och minskar möjligheterna att nå de effekter som eftersträvas. Av detta följer också att när personal på lokala enheter är ointresserad och ovillig att ifrågasätta invanda arbetssätt saknas det förändringstryck som skulle behövas för att få till stånd lokalt arbete med processutveckling.

En ytterligare konsekvens blir att genomförande av IT-satsningar läggs ovanpå andra reforminitiativ, från såväl samhällsnivå som landstingsnivå och organisationsnivå, utan hänsyn till den belastning på personalen som dessa initiativ tillsammans innebär. Detta bidrar till den omfattande förändringströtthet som inte sällan återfinns i hälso- och sjukvårdsverksamheter. Personal slits hårt; av resursbristen, av kraven på att medverka i effektiviseringsarbete, samt av den emotionella belastning som icke framgångsrika satsningar medför. Detta kan snabbt bli en ond cirkel. För att minska risken för att detta inträffar och öka möjligheterna till arbete med processförbättringar, kompetensutveckling och personalförändringar behövs en *ökad uppmärksamhet på att bedöma och ta hänsyn till specifika verksamheters utvecklingskraft och utvecklingskompetens.*

Hur mycket kan och orkar en verksamhet förändra?

Förutom att förändringströtthet i sig kan utgöra ett hinder för att framgångsrikt genomföra IT-satsningar, finns det i många hälso- och sjukvårdsverksamheter viktiga brister i kompetenser som är nödvändiga för att bedriva IT-relaterad verksamhetsutveckling. Sjukvårdsverksamheter har historiskt varit stabila, budgetstyrda och med ett lågt förändringstryck. Förändringar som skett har ofta varit inom den medicinska professionens domän, till exempel i form av nya behandlingsmetoder. De senaste femton–tjugo åren har sektorn varit med om en kraftig ökning av såväl övergripande reformer som lokala förändringsinitiativ, parat med ett ökat förändringstryck. Detta har dock överlag inte resulterat i att hälso- och sjukvårdsverksamheter skaffat sig en väl utvecklad förmåga att arbeta med organisations- och processutveckling.

Kanske har existerande förhållningssätt varit för starka och svårföränderliga? Kanske har det varit för litet samsyn mellan intressenter, så att förändringarna inte skett helhjärtat och ”på djupet”? Eller kanske har förändringarna kommit så plötsligt och varit av så skiftande karaktär att lärande försvårats? Det är nämligen enkelt uttryckt så att verksamheter gradvis blir bra på utveckling, genom att på ett ihållande och någorlunda systematiskt sätt arbeta med utveckling. Det som händer när en verksamhet arbetar med utveckling är att man över tiden, om man lyckas ta vara på sina erfarenheter och ändra sitt beteende, bygger verksamhetens utvecklingsförmågor – dess utvecklingskraft och utvecklingskompetens.

Flera relaterade utvecklingsförmågor är centrala vid arbete med IT-relaterad verksamhetsutveckling:

Projektledning och projektarbete: Även om goda projektledare är mycket viktiga och ofta i praktiken är en bristvara, gäller denna förmåga en hel verksamhets förmåga att genomföra projekt.

Det betyder att vana vid arbete i projektform behöver vara tillräckligt utbredd i verksamheten för att det ska finnas en god grund för arbete med uppgifter som till exempel processdesign och fastställande av krav på nya informationssystem. Klinisk verksamhet har vanligen fokus på varje enskild patient och på att lösa akuta problem, för att säkerställa att arbetet alltid kan hållas igång och att inte patientsäkerheten äventyras; att arbeta i utvecklingsprojekt är en jämförelsevis mycket annorlunda situation.

Processutveckling: Att arbeta med processutveckling kräver att man kan tänka i flöden och att man behärskar beskrivningstekniker för processer. Hälso- och sjukvårdsverksamheter kännetecknas traditionellt ofta av väldefinierade roller och expertbaserade arbetsuppgifter. Det fallbaserade arbetssättet, med varje patient som ett "case", leder ofta till en djup förståelse för en mindre del av processen, men det leder inte till kunskap om – eller intresse för – flödet i sin helhet och hur det egna processteget påverkar och påverkas av andra delar av flödet. Processarbete kräver att personalen kan ta till sig ett annat synsätt på verksamheten och ett nytt beskrivningssätt.

Strukturförändring: Ny teknologi och förändrade processer behöver också ofta samverka med förändrad vertikal styrning ("uppifrån och ned") och förändringar i organisationsstruktur och bemanning. Den här förmågan handlar inte om att kunna rita nya rutor på ett papper – det är ofta alltför enkelt, går snabbt och har föga effekt – utan om att i samklang med övrigt förändringsarbete kunna göra nödvändiga förändringar i ansvarsförhållanden, befogenheter och (vertikal) styrning för att stödja snarare än hindra nya arbetssätt.

Integration av kunskap avseende medicin, IT och ekonomi/management: Förmågan att jämkä och kombinera kunskaper och synsätt som behövs för att kunna åstadkomma en värdeskapande användning av IT är viktig. Det märks bland annat på hur efter-

traktade personer med flera kompetensområden är, men också på hur svårt det ofta är att ha gränsöverskridande roller i sjukvårdsverksamheter. Är man till exempel fortfarande en "riktig" sjuksköterska om man jobbar med IT på heltid? Ett sätt att öka verksamhetens förmåga till kunskapsintegration är att rekrytera fler personer med dubbla kompetenser, ett annat är att finna arbetsformer – och påverka normer – som möjliggör ökat utbyte mellan expertområden.

Empatisk förmåga: En vanlig konsekvens av att betrakta IT som en brödrost, en ny utrustningsenhet, eller en "ordinerad behandling" för en verksamhet – kort sagt, att man tillämpar ett rationalistiskt synsätt på IT-implementering – är att viktiga aktörer inte i tillräcklig utsträckning ser och synliggör den utmaning och ansträngning som genomförandet av en IT-satsning innebär för personalen. Detta kan liknas vid bristande empati för dem som berörs av och är de centrala aktörerna i att ta hem värde av en IT-satsning. Detta är paradoxalt med tanke på sjukvårdsverksamheters karaktär och syften, men tyvärr inte ovanligt.

Förändringsledning: För att använda en vanlig distinktion mellan management och ledarskap, kan man säga att projektledning handlar om management (att planera, genomföra och följa upp arbetsuppgifter som inte är regelbundet återkommande), medan förändringsledning handlar (mer) om ledarskap (att skapa engagemang för en förändring och driv i genomförandet). Förändringsledning kräver ledarskapsförmåga, men också legitimitet och auktoritet att engagera andra i förändringsarbete. Medan läkare oftast har stor legitimitet och auktoritet, inte bara vad gäller medicinska överväganden utan också avseende verksamhetsbeslut, är läkaryrkets meriteringskriterier och värderingar inte primärt inriktade på att utveckla ledarskap. (Det är ju också högst rimligt – de flesta vårdsökande föredrar säkert att läkare bedöms och befordras

för sin medicinska kompetens, inte sin karisma!) Problemet är snarare att komma dithän att personer från andra yrkesgrupper fullt ut accepteras i ledarroller inom sjukvården.

Poängen med dessa utvecklingsförmågor är att de utvecklas gradvis och att ambitionsnivån i IT-satsningar och andra förändringar behöver vara rimligt anpassad till vad en specifik verksamhet klarar av. Men varför detta om att krypa innan man kan gå? Det finns ju extern expertis att tillgå? Externa konsulter kan göra stor nytta i förändringsprojekt, men de kan inte ersätta ordinarie personals medverkan i utvecklingsarbete. Detta eftersom verksamheten måste kunna formulera och ställa tillräckligt tydliga krav på funktionalitet hos nya system, men också för att den ordinarie personalen behöver vara motorn i det fortlöpande utvecklingsarbetet. Som en konsekvens av detta behöver ledningsgrupper på olika organisatoriska nivåer inventera och ta ställning till hur många utvecklingsprojekt man engagerar sig i. Detta ställningstagande bör inkludera en bedömning av verksamhetens utvecklingsförmåga, utan önsketänkande eller blind förhoppning om att "det ska nog gå ändå". Alltför många samtidiga satsningar sliter ut nyckelpersoner, ökar genomföranderisker och ökar risken för förändringströtthet. Bedömningen av operativa enheters utvecklingsförmåga bör därför påverka investeringsbeslut, inte bara planering av genomförande. Isärkopplingen av IT-investering och genomförande är olycklig. Med tanke på att halvfärdiga IT-investeringar i princip inte har något skrotvärde eller försäljningsvärde är kanske till och med själva ordet "investering" något missvisande. När man väl lagt pengar i en IT-satsning har man i princip ingenting som går att sälja; man har föga av värde förrän det finns ett fungerande system i bruk och effektiva processer.

För att en verksamhet ska kunna öka sina förmågor att bedriva utveckling behöver personalen också vilja ta till sig nya

sätt att arbeta och tänka. Detta försvåras av att (minst) tre professioner har anspråk på expertis inom olika relevanta delområden. Det försvåras också av att medlemmar i dessa professioner inte alltid har förståelse och respekt för de andra perspektiven. *Personer som tillhör olika professioner måste samverka, vilket underlättas av ömsesidig respekt och överbyggande kompetenser mellan yrkesgrupper.*

Överbryggande kompetenser mellan expertområden

En klassisk profession och två nya är involverade i IT-sattingar inom sjukvården: den medicinska professionen, IT-professionen och managementprofessionen. (Detta är förstås något förenklat, eftersom man egentligen kanske borde särskilja den medicinska professionen och vårdprofessionen.) Som professioner är IT och ekonomi/management nyare, inte lika tydligt institutionaliserade som medicin och därför mindre tydligt avgränsade. Ändå uppvisar de tydliga professionsegenskaper: Värderingar, normer, procedurer och beteenden är likartade för "IT-proffs" tvärsöver organisationsgränser och nationsgränser. Detsamma gäller i stor utsträckning ekonomer. Även om man inte behöver vara legitimerad för att jobba som systemutvecklare eller controller finns många andra mekanismer (bland annat utbildning och insocialisering i yrket) som gör att professionsmedlemmars arbetssätt, kunskaper och yrkesmässiga uppfattningar är "jämkade"; de är relativt likartade mellan personer och har därmed en viss grad av förutsägbarhet – lyckligtvis!

Inom alla de inblandade professionerna finns kompetenser, värderingar och normer som har med förändring att göra. Men ingen av dessa expertområden "äger" arbetsområdet verksamhetsutveckling och ingen profession har i sig själv till-

räcklig expertis inom området. Sjukvårdspersonal, systemvetare och ekonomer måste klara av att skapa värde tillsammans, vilket är lättare sagt än gjort eftersom man inte bara har olika roller utan också delvis olika utgångspunkter, synsätt och normer. Till exempel är "IT-proffs" överlag tränade i att tänka i helheter och flöden – arbetsprocesser och informationsprocesser; å andra sidan leder deras relativt ingenjörsmässiga perspektiv ibland leder till en övertro på att "system löser problem" och en underbetoning dels av individers betydelse, dels av lärandeprocesser som förändrar systemanvändning över tiden.

På motsvarande sätt är ekonomer vanligen tränade att tänka i resurser och nytta, samt i anpassning av verksamheter för att möta ändrade inre eller yttre förutsättningar; å andra sidan kan det ekonomiska perspektivet ibland ha svårt att hantera nytta som inte uttrycks i ekonomiska termer och synen på förändring kan bli för beslutsinriktad – förändring ses då som en enkel konsekvens av ekonomiska beslut, inte som det som är avgörande för värdeskapande.

Medicinsk personal och vårdpersonal besitter naturligtvis den centrala domänkompetensen, kompetensen att bedriva sjukvårdsverksamhet, men det finns också en risk att den särställningen används för att blockera förändring. Medicinsk kompetens innebär inte heller självklart att man har de avgjort bästa förutsättningarna för processutvecklingsarbete och det naturvetenskapliga perspektivet kan leda till en rationalistisk syn på förändring som underbetonar vikten av lokalt lärande och lokal anpassning. Denna multiprofessionella miljö gör IT-relaterat förändringsarbete inom sjukvårdsverksamheter särskilt komplext, men den goda nyheten är att samtliga grupper har kompetenser som är till stor nytta i IT-relaterad verksamhetsutveckling.

Ett annat problem är benägenheten att i komplexa situationer med svåra överväganden försöka avgränsa och begränsa

sitt ansvar. Till exempel kan IT-konsulter och systemutvecklare välja att se sitt ansvar som att leverera det som beställts, inte att säkerställa att användning leder till nytta. Ekonomer kan välja att avgränsa sin inblandning i IT-satsningar till att begära och utvärdera investeringskalkyler samt att fatta ekonomiska beslut. Vårdpersonal kan välja att avgränsa sitt ansvar till patient-säkerhet och personalens arbetssituation. Detta är olyckligt eftersom grupperna behöver skapa värde tillsammans, snarare än avgränsa sin respektive medverkan. Även om man har olika roller och ansvar är det viktigare att hitta sätt att överbrygga ansvarsområden och kompetensområden än att alltför entydigt avgränsa dem.

För att detta ska ske behövs rätt förutsättningar och arbetsformer, personer med de nödvändiga kompetenserna, samt roller inom vilka dessa personer kan verka. Viktiga förutsättningar inkluderar bland annat kompetensutveckling i projektarbete, processutveckling och integration av informationssystem i verksamhetsprocesser, förändrade förhållningssätt till samverkan och ömsesidigt lärande. För att överbrygga kompetensområden behövs också förändringsprocesser som skapar arenor där olika grupper möts, som möjliggör dialog och som bygger grundläggande respekt och förtroende.

Det behövs också individer som är villiga och lämpade att ta på sig överbryggande roller – och dessa individer behöver accepteras och ges möjlighet att verka. Det behövs förändringsagenter och förändringsledare som kan fungera som översättare och bryggor, vilket inkluderar att hantera processer som kombinerar kompetensområden, förstå käpphästarna som respektive profession har, i tillräcklig utsträckning kunna kommunicera med varje profession på dess eget sätt, samt underlätta dialoger som leder till ömsesidigt lärande mellan expertområdena. Vem som gör detta och vilken personens bakgrund är borde vara mindre viktigt, även om det har visat sig att en medicinsk bakgrund underlättar för att få den accep-

tans och legitimitet som behövs för att rollen ska fungera. Det finns många exempel på tillsättning av förändringsledare eller chefer utan medicinsk expertis där skillnader i språkbruk och synsätt blir så stora att samarbetet inte fungerar och motstånd mot förändring uppstår. I en omgivning med så många starka professioner är det förstås inte lätt att inneha roller som inte är expertisbaserade utan istället öppna och integrerande. Kan- ske skulle man kunna drista sig till att säga att det behövs fler översättare och färre översittare inom hälso- och sjukvårds- verksamheter? Kompetensen att leda förändring är förstås också kopplad till projektledare, verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer. Det finns också en tydlig koppling mellan förutsättningarna för att skapa ömsesidig respekt och dialog och den ovan diskuterade empatiska förmågan – eller bristen på sådan – hos verksamheter och verksamhetsledning.

Förutom att hitta vägar för att utveckla/utbilda/träna indi- vider som arbetar i hälso- och sjukvårdsverksamheter till att kunna ta sig an överbyggande roller, bör man också under- söka möjligheterna att skapa flera integrerande roller och be- fattningar i verksamheter, samt ge högre status åt generella yrkesroller och utbildningar som omfattar mer än ett arbets- område och professionsperspektiv. Medicinska informatiker, hälsoekonomer med managementinriktning och ekonomer med kompetens inom IT och verksamhetsutveckling är exem- pel på "överbyggningsexperter". Det är dock centralt att ut- bildningar och träningsprogram med denna profil tillräckligt betonar kompetens att bedriva förändringsarbete. Slutligen bör dessa initiativ nämligen handla om att få fram fler indivi- der med kompetens och perspektiv att driva förändring och överbygga kompetensområden, samt att komma dithän att dessa personer och roller tillmäts betydelse och respekt av de inblandade professionerna.

Vägar framåt

Det här kapitlet har handlat om hur IT kan bidra till värdeskapande och om de förutsättningar som krävs för att tillvarata informationsteknologins potential i utvecklandet av hälso- och sjukvårdsverksamheter. Ett av våra huvudbudskap är att beslutsfattare, såväl politiker och landstings tjänstemän som sjukhusdirektörer och verksamhetschefer, behöver öka sin uppmärksamhet på, och förståelse för, det konkreta genomförandet och det fortlöpande arbetet med processutveckling och andra typer av verksamhetsutveckling, eftersom det är där värdet av en IT-investering avgörs.

Vi har också betonat att verksamhetsutveckling är nödvändigt för att IT-investeringar ska leda till värdeskapande, att förändringsledning är en specifik och kritisk kompetens som behöver stärkas inom hälso- och sjukvård, att verksamheters utvecklingsförmåga behöver behandlas mer framträdande, att överbryggande av kompetensområden och professionsgruppningar är viktigt för utveckling, samt att kompetensutveckling kring dessa frågor behöver avse såväl centrala beslutsfattande instanser som genomförande enheter.

En viktig aspekt som vi bara berört inledningsvis är att investeringar i IT bör ske i samklang med övergripande inriktning och strategiska avsikter. En avsaknad av samordning med övergripande utvecklingsriktning gör till exempel att investeringar i fjärrgranskning av röntgenbilder eller medverkan i operationer via länk, trots lyckosamma och uppmärksammade exempel, fortfarande sällan hanteras på strategisk nivå eller av professionella inköpare och utvecklare och därför ofta förblir enstaka, lokala företeelser. De initiativ som finns för att samordna satsningar, till exempel gemensamma systemupphandlingar för flera verksamheter eller landsting, är viktiga, men det är också viktigt att fortsätta utveckla former för att mer sys-

tematiskt sprida lyckade exempel och främja lärande mellan verksamheter.

I linje med resonemanget i detta kapitel borde man också se över språkbruk och mer konsekvent tala om "IT-relaterad verksamhetsutveckling" (ja, det är ett krångligt uttryck!) snarare än "IT-investeringar" eller "IT-satsningar". "Verksamhetsutveckling" för att det är där värdeskapandet sker eller inte sker; "IT-relaterad" för att teknologin har betydelse för vilka kompetenser som behöver samverka och för att teknologins egenskaper spelar en väsentlig roll för hur såväl beslut som förändringsarbete gestaltas. Men det behövs inte bara nya ord utan också nya handlingar.

Sjukvårdsverksamheter kan och bör utveckla ett mer konsekvent förhållningssätt till IT-relaterad verksamhetsutveckling och en för flertalet intressenter gemensam bas att bedriva arbetet från. Sjukvårdsverksamheter behöver också öka sin utvecklingsförmåga och det innebär dels en på bredden ökad kompetens i att bedriva förändring och processutveckling med IT, dels en komplettering av synen på vilka kompetenser som ingår de professioner som är centrala i arbetet. Medlemmar av den/de medicinska professionen/professionerna behöver definiera kompetens att medverka i projektarbete och bedriva systematisk processutveckling som en integrerad del av sin yrkesutövning. Medlemmar i IT-professionen behöver utveckla sin hjälpande, konsultativa kompetens i tillägg till sin expertis i systemdesign och projektgenomförande. För personer i verksamhetsledning och andra roller med bas inom ekonomi/management behöver kompetensen att äga förändringsprojekt och att leda förändring på motsvarande sätt utvecklas.

Det är också av stor vikt att finna, skapa rimliga förutsättningar för, samt utveckla förändringsagenter och förändringsledare som kan leda arbetsprocesser och som är accepterade av intressenter från olika professioner. IT-relaterad verksam-

hetsutveckling har stor nytta av "översättare" som kan skapa förtroende och få legitimitet i olika läger, har kommunikativ kompetens, kan sammanföra grupper med olika kompetenser, samt har eller kan skaffa sig tillräckligt stöd för att genomdriva förändringsåtgärder. Såväl utbildningsväsendet som chefer och personalfunktioner inom vården har ett viktigt ansvar att se till att det finns kompetenta kandidater till dessa svåra roller – och att de får tillräckligt stöd.

Den potential som användning av informationsteknologi har för förbättring av hälso- och sjukvårdsverksamhet uppfylls inte på långa vägar. Trots den uppmärksamhet IT-frågor får, handlar riskbedömningar, projektutvärderingar och även medias bevakning mycket om symptom och litet om djupare orsaker till problemen. Vi tror att detta kommer att fortsätta tills involverade parter skaffar sig en djupare förståelse för den transformationsprocess som omvandlar IT-resurser till verksamhetseffekter och patientnytta, samt låter denna förståelse påverka förhållningssätt och angreppssätt avseende IT-relaterad verksamhetsutveckling.

Bakgrund till kapitlet och fortsatt läsning

Resonemanget om IT och värdeskapande i detta kapitel bygger delvis på Lundeberg, M., Mårtensson, P. och Mähring, M., "Transforming IT resources into business performance", i: *IT & business performance – A dynamic relationship*, (Lundeberg, M., Mårtensson, P. och Mähring, M. (red.), Studentlitteratur, Lund, 2006, som också ger en överblick av forskningen på området.

För en fördjupning av ovanstående diskussion om genomförande av IT-satsningar, se: Mähring, M. och Källberg, N., "Construction of Technological Determinism as a Strategy for Coercive Organizational Change: Implementation of Digital

Radiology in a For-Profit Healthcare Organization”, The 22nd EGOS Colloquium, Bergen, July 5–8, 2006; samt Källberg, N. och Mähring, M., ”Pushing organizational change with technology: Re-balancing in a radiology unit”, i: *IT & business performance – A dynamic relationship*, Lundeberg, M., Mårtensson, P. och Mähring, M. (red.), Studentlitteratur, Lund, 2006.

En tankeväckande och välskriven artikel om användning och nytta av IT är: Markus, M.L. och Keil, M. ”If We Build It, They Will Come: Designing Information Systems That Users Want to Use,” *Sloan Management Review*, vol. 35, nr 4, 1994, s. 11–25.

För mer om förändring och förändringströtthet i svensk sjukvård, se till exempel Axelsson, R. ”The Organizational Pendulum – Healthcare Management in Sweden 1865–1998,” *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 28, nr 1, 2000, s. 47–53.

” Ofta glömmen vi att ställa de allra viktigaste frågorna i samband med förändringsprocesser, i det här fallet: Vad är ett sjukhus och varför ser det ut som det gör? Måste ett sjukhus se ut som det gör? Och vad är egentligen ett informationssystem och hur kan det användas? Istället för att vända in och ut på olika fenomen och ifrågasätta så fortsätter vi tänka och göra som vi alltid gjort. Även när avsikten egentligen är att förändra och utveckla.”



Carina Beckerman, Ek Dr
Handelshögskolan i Stockholm
carina.beckerman@hhs.se

Sjukhus eller sjukvård – design av betong och infrastruktur

På 1700-talet började man bygga sjukhus i flera större svenska städer, bl.a. byggdes 1752 Serafimerlasarettet i Stockholm. Några år senare tillkom också en av de första patientjournalerna på papper, en anestesijournal. Flera andra kända sjukhus konstruerades under 1800-talet då sjukvården expanderade kraftigt. Sedan dess har sjukhus mer eller mindre sett ut på samma sätt. Enligt den inflytelserika franska sociologen Michel Foucault så kom kliniken som fenomen snart också att både öka och institutionalisera avståndet mellan ”patientens klagan och läkarens öga”. Idag menar en del kritiker att vi organiserar och bedriver sjukvård utifrån vilka kliniker som finns, inte utifrån vilka sjukdomar som patienten har. Idag hamnar en person med öroninflammation på öron-näsa-halskliniken och en person med inflammation i hjärtrakten på hjärtkliniken. Kanske skulle alla patienter med inflammatoriska sjukdomar istället behandlas och vårdas på ett och samma ställe. Men det är svårt att tänka nytt. Det väcker debatt. Det kostar energi. Samtidigt finns det idag ofta ett behov av att omdefiniera de modeller som många olika verksamheter och arbetsverktyg baserar sig på, inte bara inom sjukvården.

Spelar det någon roll hur byggnaden ser ut för verksamheten som ska bedrivas i den?

Ja, det är klart att det gör. Om sjukhus såg annorlunda ut skulle sjukvård bedrivas på ett annat sätt och informationssystemen se annorlunda ut och användas på ett annat sätt. Hur ett sjukhus ser ut påverkar hur vård utövas. Hur vård utövas påverkar i sin tur hur lokalerna ser ut. Det i sin tur påverkar synen på vad ett informationssystem är, hur det utvecklas och hur och vad det används till. I detta kapitel vill jag därför föra fram arkitektur, design och färgteori som viktiga inslag i försöken att reformera sjukvården och dess processer.

Men det är knappast några nya tankar.

Forskning vid Center for Health Design i San Fransisco visar att design påverkar både miljö och ergonomi. Arkitektur och design bidrar till ökad tillfredsställelse, funktionalitet och effektivitet på arbetsplatser. Att öka naturligt ljus och minska ljud minskar exempelvis stressnivån i en organisatorisk enhet. Att standardisera operationsrummen minskar att kirurgi sker på fel ställe, fel sida eller till och med på fel patient som tyvärr är en inte alltför ovanlig förekomst idag. Det går att bygga bort säkerhetsrisker och design kan till och med rädda liv. Vi vet också att en vacker och behaglig miljö på sjukhus kan vara gynnsam för läkeprocessen.

Redan 1924 skrev sjuksköterskan Florence Nightingale i sin bok "Anteckningar om sjukvård" om betydelsen av möbler och sängkläder och att det spelar roll hur rummet där sjukvård bedrivs ser ut:

"All erfarenhet av sjuka pekar på att näst behovet av frisk luft kommer behovet av ljus, att näst ett kvavt rum är ett mörkt rum vad som skadar mest och att det inte bara är ljus utan direkt solljus de behöver. Folk tror att solljusets verkan är uteslutande på patientens humör. Men detta är ingalunda fallet. Solen är målare. Den åstadkommer fotografiet. Ljuset gör lika verklig

nytta för människokroppen. Att ett rum är inbjudande, att ljuset fått tillträde är viktigare än allt annat.”

På ett annat ställe skriver hon:

”En vanlig låg, väl stoppad länstol med kuddar och en pall är det bästa, inte för hög, inte heller för djup i sätet men med stöd åt ben och fötter, så att knäna höjs, vilket är en stor lättnad för patienter som får sitta uppe. Att ge patienten stöd på så många punkter som möjligt är vad man skall sträva efter. Och det är just detta som sjukstolar inte gör, och när patienten väl kommit i dem kan han inte komma ur dem.”

Och på ett tredje ställe i boken fortsätter hon:

”Vad väggar beträffar är den tapetserade väggen det värsta och det näst värsta är murbruk. Den bästa vägg som existerar nuförtiden är den målade. Från den kan man tvätta av animaliska ämnen.”

Florence Nightingale poängterade därmed tidigt betydelsen av miljö och inredning för att bota sjuka människor.

Vad är då ett sjukhus?

En av de tidigaste definitionerna av sjukhus är att det är en byggnad med en enhet för kirurgi och sängar där patienter sover över natten. Det kan också beskrivas som ett ställe som erbjuder en mängd olika tjänster relaterade till medicinsk vård. Ett sjukhus består av kliniker, många av dem lika stora som medelstora företag och med 200–400 anställda. Över sjukhuset styr sjukhusdirektören. Och över klinikerna styr klinikchefer. De är inte sällan oeniga om vilken väg verksamheten ska ta.

Så här beskrivs ett sjukhus betydelse i boken "The Community General Hospital" publicerad 1962 av författarna Basil S. Georgopoulos och Floyd C. Mann:

"Få andra institutioner har en lika stor betydelse för oss alla eller påverkar våra liv lika mycket som sjukhuset. Få andra organisationer har en tydligare mening för sina medlemmar och kunder eller spelar en lika avgörande roll i den komplexa sociala situation inom vilken de verkar. I vårt samhälle är sjukhuset en av de organisationer vars syfte alla känner väl och vars funktion alla engagerar sig i. Likt familjen, skolan och regeringen så är sjukhuset en organisation som berör oss alla, både individuellt och kollektivt. Vår personliga fysiska och mentala hälsa, vårt samhälles välmående och våra ekonomiska resurser påverkas av hur våra sjukhus fungerar. Faktum är att vi sällan är lika dramatiskt beroende av en organisations produkter eller tjänster som när det gäller sjukhusets."

Sjukhus förknippas med liv och död, känslor och drama. Kanske är det därför det är så känsligt att försöka förändra hur ett sjukhus ser ut.

Den amerikanske forskaren Henry Mintzberg inkluderar sjukhus i det han brukar kalla "*den professionella byråkratin*". Den professionella byråkratin anställer väl utbildade, tränade och i kulturen väl integrerade specialister/professionella för sin verksamhet och ger dem sedan betydande autonomi och kontroll över sitt eget arbete. Det innebär att den professionelle arbetar relativt oberoende av chefer och kollegor, men nära de klienter han eller hon sköter. En professionell byråkrati är enligt Mintzberg också en plats där "*organisationens teknologi, dvs. dess kunskapsbas är sofistikerad medan dess tekniska system, eller den uppsättning instrument den använder för att applicera denna teknologi, är osofistikerade*".

En liknande iakttagelse gjorde författarna Carr-Saunders och Wilson redan år 1933:

”Medicinska experter använder gärna den senaste och bästa teknologin när de utövar sin egen kompetens och kunskap men resten av de verktyg de använder kan vara både gammalmodiga och efter sista datum för användning. En professionell man eller kvinna är generellt sett en konservativ person som förordar stabilitet och är emot förändring. The British Medical Organization anklagades för att vara emot förändring redan för hundra år sedan.”

Sjukhus karaktäriseras dessutom av det dubbla ledarskapet, dvs. att de leds både av den administrativa och den medicinska kompetensen. Dessa är sällan eniga om hur framtiden bör gestalta sig. Bland annat den brittiske forskaren Paul Bate har i en studie beskrivit hur ”tribalism” bland medicinska specialister kan demoralisera och förgöra ett helt sjukhus under svagt ledarskap.

De medicinska nätverken

Den amerikanske forskaren Robert Merton visade på 1940-talet att när en uppgift är specialiserad så tenderar människor att bli mer och mer fokuserade på sin egen del och mindre intresserade av det större sammanhang som uppgiften ingår i. De bryr sig mindre och mindre om hur deras eget bidrag passar in med andras bidrag. En läkare är en specialist och prioriterar det han eller hon själv gör. Och så ska det också vara. Men samtidigt är ju läkaren också en del i ett nätverk som helst bör fungera. Ju längre denna specialisering drivits inom sjukvården desto mer angelägen tycks debatten bli om behovet av en helhetssyn på det sjukvården gör. Hur ska vi göra för att dra nytta av all kunskap som finns? Hur minskar vi revirtänkandet som är en hämsko för utveckling och agerar tillsammans i patienternas intresse?

En professionells möjlighet att utöva makt över ett visst område beror på den prestige en viss akademisk kunskap ger. Denna prestige *"reflects the public's mistaken belief that abstract professional knowledge is continuous with practical professional knowledge, and hence that prestigious abstract knowledge implies effective professional work"*. Abbott som är professionsforskare argumenterar för att abstrakta kunskapssystem är den viktigaste valutan i konkurrensen mellan olika professioner. När en professionell arbetar så för han eller hon information in och ut ur detta kunskapssystem. Det är en process som för alla professionella består av diagnos, tolkning, slutledning och beslut om handling. Den första, viktigaste och kanske svåraste plikten för en läkare är också att ställa diagnos. Skicklighet i att ställa diagnos uppnås först efter lång och systematisk träning och många års yrkeserfarenhet.

Nuförtiden beskrivs medicinskt arbete ofta som ett komplext och tidskritiskt arbete som sker i vittgrenade nätverk. För att underlätta kommunikation, samarbete och koordinering så stöds arbetet av verktyg som kliniska guidelines, patientjournaler, labbresultat och röntgenbilder som används av ett stort antal aktörer av många olika skäl. Medicinskt arbete karaktäriseras samtidigt av dokumentation av information som strukturerar användningen av tid dåligt. Samma data dokumenteras om och om igen på många olika ställen som i primärvården, på akuten och på vårdavdelningen.

Enligt Teldok's report 119 (1998) och WHO's World Health Report (2000) så saknar anställda inom hälsosektorn känsla för infrastruktur och nätverk. Resurser används ineffektivt och för många viktiga arbetsuppgifter existerar inga rutiner. Hälsosektorn karaktäriseras också av problem när det gäller att överföra information mellan och inom olika enheter. Informationssystemen är ofullständiga och otillräckliga och sällan använda för verksamhetsutveckling.

Det råder också en fragmenterad situation när det gäller att använda datorer, plattformar och mjukvara inom sjukvården. Arbetsprocedurer utförs olika av olika enheter och det är svårt att utveckla standards vilket gör allting mycket dyrare. Olika enheter som utför samma arbetsuppgifter använder olika utrustning och dokument designade på olika sätt. Enligt WHO's World Health report (2000) så är i framtiden ny informationsteknologi, använd i samband med att producera information om patienter, den viktigaste faktorn för en effektivare hälsosektor i hela världen. Denna tro genomsyrar också Sveriges nationella IT-strategi som presenterades för några år sedan.

I informationssamhället var målet att göra information tillgänglig billigt för så många som möjligt. I kunskapssamhället investerar man istället i människor med hjälp av IT för att de ska kunna utöva sitt jobb på ett bättre sätt och skapa ökade värden i organisationer och samhälle. Det innebär att många arbetsverktyg och arbetsprocesser nu datoriseras. Hur koordinering i framtiden sker i de interna och externa medicinska nätverken är viktigt och en uppgift för knowledge managers inom sjukvården att ta itu med. Här kan nya informationssystem och hur de utformas och används spela en väsentlig roll.

Vad är ett informationssystem och vad kan man använda det till?

Med ett "informationssystem" menas ofta ett system som innehåller delar för insamling, bearbetning, lagring, sökning, distribution, presentation och användning av information. Ett informationssystem är en del av den verksamhet som det ska betjäna. Det är inget självändamål utan är avsiktligt arrangerat av några människor för att organisera meddelandebehandlingen inom ett visst verksamhetsområde. Ett informationssys-

tem kan också ses som en organiserad samverkan mellan människor för att förmedla information om något till varandra.

Men är det allt ett informations-system kan vara?

Forskning om informationssystem har huvudsakligen fokuserat på antingen hur processen för implementering ser ut eller vilka faktorer som bidrar till framgång eller misslyckande. Hur ser samarbetet mellan designer och användare ut, vilka politiska motiv har olika intressenter i att implementera ett informationssystem eller vilka risk faktorer finns att ta hänsyn till i implementeringsprojektet. Ett litet antal faktorer har identifierats ha en kontinuerlig påverkan på implementering av nya informationssystem. Dessa s.k. "kritiska framgångsfaktorer" dvs. om ett projekt lyckas eller ej beror på högsta ledningens stöd, vilket inflytande olika intressegrupperingar ges, hur informationssystemet utformats och om användarna är motiverade och kunniga.

Ett stort antal IT-projekt har startats inom sjukvården de senaste decennierna och utveckling och implementering av nya IT-produkter sker på många olika håll. Förhoppningen är att dessa ska fungera som förändringsagenter i olika verksamhetsprocesser och driva utvecklingen framåt.

"Men vi utgår nästan alltid ifrån hur gårdagens vård ser ut när vi planerar. Inte hur det ska se ut i framtiden. Syftet varför man exempelvis skriver patientjournaler kommer förändras. Idag är de en slags minnesanteckningar. I framtiden kommer de bestå av information om och runt patienten som följer med i de medicinska nätverken. Man borde fokusera mer på den möjliga verksamhetsutveckling som ett journalprojekt innebär istället för att enbart se det som ett IT-projekt, tycker Urban Jonsson som är IT chef i Stockholm Läns Landsting.

Hans kommentar visar på det jag försöker säga i detta kapitel, nämligen att det är dags att börja tänka utifrån vad vi skulle vilja ha inte vad vi har när vi ska förändra. Det går att förändra och använda byggnader och verktyg utöver det självklara. Det går att utveckla verksamheter på fler sätt än det mest uppenbara.

Medicinskt beslutsfattande och allt informations processande knutet till det ansågs redan på tidigt 1960-tal utgöra den viktigaste delen av administrationen i ett sjukhus. I ett dokument producerat i maj 1965 på Karolinska sjukhuset som heter "Sjukhusrationalisering med ADB" förs en diskussion liknande den som förs idag. Samhällets kostnader för sjukvården har skjutit i höjden. Det har också blivit ett problem för många vårdgivare att rekrytera personal. Därför har den svenska regeringen beslutat att undersöka möjligheterna att rationalisera vården med hjälp av ADB. Man vill bygga ett nytt informationssystem för KS. Behovet av att koordinera planering, patientvård, kontroll och forskning har ökat drastiskt. Det är svårt att planera en patients väg genom sjukhuset. De som skrev dokumentet på 1960-talet trodde att ADB skulle kunna minska kostnaderna och öka effektiviteten, precis som idag. De efterfrågade också problemorienterade patientjournaler, precis som idag. Så, varför tar det så lång tid att komma någon vart?

Patientjournal eller informationssystem

Patientjournalen används av vårdgivaren i samband med diagnos och beslutsfattande. Den är ett verktyg som reglerar förhållandet mellan läkare och patient men också mellan läkare, övriga kollegor och socialstyrelsen. Socialstyrelsen ställer enligt lagstiftningen vissa krav på vad som ska ingå i en patientjournal. Men journalen utvecklas dessutom av den medicinska

kompetensen och ser olika ut beroende på vilken specialist-läkare som producerar den. Journalen är den plats där kritisk data om medicinsk vård, patientens historia, labb resultat, röntgen bilder och så vidare samlas. På dessa baserar läkaren beslut om vård. Verktyg som patientjournaler är dessutom baserade på hur vårdpersonalen arbetar och den organisation de arbetar i. I många situationer spelar arbetsverktyg som patient journaler rollen av ett slags klister som håller en viss social ordning på plats.

De både möjliggör och förhindrar handling.

Patientjournalerna ser olika ut och används på olika sätt av olika specialister. Men de utgör en betydande del av informationsmassan i ett sjukhus; det är därför viktigt hur en datorisering av dessa sker. Försöken att datorisera patientjournalen har av en del till och med beskrivits som något av ett modernt "korståg" och en stor utmaning för aktiva inom området medicinsk informatik. Praktisk kunskap som att skriva patient journaler har att göra med att följa regler, bedöma och tolka. Det har att göra med vissa ritualer som skapar och konstruerar en läkares dag. Det som är skrivet i en patientjournal karaktäriseras av en speciell tankestil, en stil som utvecklats i ett medicinskt kollektiv. Och den ändras inte så lätt.

Det finns många myter kring patientjournaler, vad de är, hur de ska se ut och hur de kan förbättras. Att förbättra och förändra patientjournalen tycks vara ett evigt pågående projekt inom sjukvården. Många läkare och sjuksköterskor dokumenterar också mer och mer för att visa vad de gör och kunna skydda sig i samband med anklagelser om felaktig vård. Journalerna används också i det kvalitetsarbete som ständigt pågår inom sjukvården sedan 1980-talet.

Den amerikanske forskaren och konsulten Edgar Schein ser arbetsverktyg som patientjournaler som synliga uttryck för en kulturs kärna. Denna kultur består av grundläggande antagan-

den vilka tas för givna och ibland är svåra att förstå för utomstående.

I detta fall är journalskrivande förbundet med den tysta kunskapen hos en läkare. Den medicinska personalen har socialiserats in i hur man skriver journal och hur den används. Att förändra detta kostar energi. Under lång tid fanns därför starka protester mot att datorisera journalerna. Men idag har dessa protester mer eller mindre försvunnit.

Tidigare forskning visar att datoriserade patientjournaler förändrar hur läkaren samlar in information om patienten och tolkar denna. Skillnader hittades också i vilken information som noterades och hur den organiserades i journalen. Pappersjournalen har ofta en mer berättande struktur medan datoriserade journaler organiseras i olika delområden med data och information. En berättande eller narrativ struktur består exempelvis av många och personliga kommentarer gjorda av läkaren om patientens tillstånd. Skillnader i organisering av data och information i patientjournalen påverkar i sin tur hur dialogen mellan doktorn och patienten struktureras. De slutsatser som dragits i olika studier som gjorts är att ny teknik och design av arbetsverktyg och processer har ett betydande inflytande när det gäller att forma kognitivt beteende hos yrkeskategorier som läkare och sjuksköterskor.

Vi har också sett att när en dator introduceras i relationen mellan läkaren och patienten så sparas tid på aktiviteter som att diktera, och mer detaljer redovisas i den datoriserade journalen jämfört med tidigare handskrivna anteckningar och dessutom finns data omedelbart tillgänglig för olika typer av kvalitetsarbete. En datoriserad patientjournal kan också frigöra ögon och händer och skapa en möjlighet att dokumentera bättre och mer korrekt information om patienten.

Nyligen har ett nytt förslag när det gäller patientjournaler presenterats av regeringen. Patienter ska kunna läsa sin journal via Internet. Det ska också bli möjligt att spärra enskilda

uppgifter i journalerna, enligt ett förslag om en ny patientdatalag från regeringen. Syftet är att förbättra informationsutbytet mellan olika vårdgivare och därigenom öka säkerheten för patienterna. Idag är det inte möjligt för olika vårdgivare att på elektronisk väg utbyta information med varandra trots att en övervägande del av all journalföring inom sjukvården sker elektroniskt. Enligt det nya förslaget från socialdepartementet så ska patienten själv kunna bestämma vem som ska kunna läsa informationen i journalen. Patienten ska också via Internet kunna se enlogg över vilken vårdpersonal som har varit inne i journalen.

Patienternas möjlighet att byta vårdgivare i Vårdval Stockholm försvåras för närvarande av bristen på ett gemensamt journalsystem inom landstinget. När och om patienter byter vårdcentral så vet den nye husläkaren inget om patienten. Det innebär att den medicinska säkerheten kan äventyras.

Genom ett beslut i landstinget sjuösattes för några år sedan IT-projektet GVD (Gemensam Vårdokumentation) som syftade till att sammanlänka alla patientjournalsystem till ett gemensamt. Projektet planerades vara klart 2005–2006 men lades efter kraftiga förseningar ner i december 2007. Kostnaderna uppgick då till 500 miljoner kronor istället för planerade 200 miljoner kronor. Projektet ansågs för komplext och med en alltför optimistisk tidsplan.

”Problem uppstod därför att leverantören underskattade svårigheterna i det som skulle göras och sjukvården ville för mycket, säger IT-chefen Urban Jonsson.

Ett projekt bör helst uppnå ett visst mål med en viss budget under en viss tid. Tidsramen är viktig – ett projekt kan misslyckas inom den tid man från början gett det men på lite längre sikt ändå i slutändan lyckas. Detsamma gäller den budget man fastställer för projektet. Ofta överskrider projektet budgeten. Det kan bero på brist på disciplin, att kostnaderna underskattats eller att tidsramen satts för snävt.

”Vården är dålig på att driva projekt! Man borde jobba mer utifrån verksamheten i projekt som dessa istället för utifrån IT som teknisk produkt, tycker Urban Jonsson.

Han konstaterar att vården består av akademiker och är en teoretisk värld. Och han tycker att teoretiker är sämre på att operationalisera, att driva saker och att få saker gjort. ”Nu måste vi hantera problem som vi skapat själva och det kostar, säger Urban Jonsson.

”Inom sjukvården härskar enkla, underutvecklade processer och tänkesätt. Den svaga länken dimensionerar ofta systemen. Det finns ett behov av en mer flödesorienterad samverkan med underleverantörer och andra och att använda kritiska resurser bättre. Det gäller att öka nyttan av IT, inte primärt sänka kostnaderna, konstaterar han.

Vad anses som ”färdigt” när det gäller projekt som detta, frågar han sig också. Där skiljer det flera år mellan olika parter. ”Datafolket, sjukhusdirektören och patienterna har olika åsikter om när ett projekt i realiteten är färdigt.”

I vissa delar lever dock GVD projektet vidare. Små steg mot ett integrerat system kommer att tas i år och nästa år. Portalen genom vilken användaren ska kunna logga in är två år förseklad. Den visade sig vara mer tekniskt komplicerad än vad man trodde från början. Leverantören underskattade svårigheterna med att bygga en portal och sjukvården ville som redan konstaterats för mycket. Men den nya portalen är nu äntligen färdig att börja använda på Danderyd och SÖS senare i år. En lagringstjänst som innebär att journalsystemet hämtar information från vissa andra system och lagrar labbresultat går också att använda. Det ser således inte helt mörkt ut och 500 miljoner är inte helt bortkastade.

Vilka lärdomar kan man då dra från ännu ett stort IT-projekt som tagit mycket längre tid och kostat mycket mer än som planerats från början?

Urban Jonsson tycker att sjukvården borde undvika att driva stora projekt, undvika att ligga i framkanten när det gäller ny teknik, eftersträva att köpa färdigt, överväga att vänta tills det finns färdiga lösningar, göra saker tillsammans med andra landsting och i absolut sista hand utveckla eget.

En del av Urban Jonssons tankar går här på tvärs emot både Sveriges och många andra länders nationella IT-strategier som favoriserar gigantiska projekt som i slutändan ofta havererar.

”Många inom sjukvården vill väl och vill visa på handlingskraft. De beställer sånt som hinner bli gammalt innan man kommer igång och kan använda det. Men vårdbehovet kommer att öka i framtiden, så vi måste jobba smartare, vara kalla och inte överinvestera”, säger han.

Urban Jonsson avslutar vårt möte med följande ord:

”Det finns en naiv tro inom sjukvården när det gäller kommersiella krafter, marknaden och hur framtiden kommer att se ut. Det finns kommersiella spelare som Microsoft som kommer att få en stor betydelse på det här området. De är redan inflytelserika. Mycket av det vi vill ha kommer vi att kunna köpa färdigt om 3–4 år. Idag är allting nationellt och leveranserna små. Men inför framtiden gäller det att tänka till!”

Att fundera över

Det råder således många stereotypa föreställningar om vad sjukhus är och hur de ska se ut. Så här i slutet av kapitlet vill jag återigen propagera för att vi borde våga låta oss inspireras mer av teorier om design management, kognitiva teorier och teo-

rier om färgers påverkan när vi söker lösningar på en del av alla de frågor som tornar upp sig i samband med hur sjukhus och dess informationssystem ska se ut i framtiden.

Design management befinner sig i gränssnittet mellan management och design. Begreppet fungerar som en länk mellan teknologi, design, designtänkande, management och marknadsföring. Design har hittills setts som ett sätt att uttrycka sig och producera artefakter mer än som en strategisk tillgång. Nu har design management börjat fokusera på design som en funktion som erbjuder en metod för att effektivare leda en organisation. Medvetandet om design som ett viktigt inslag i organisationens strategi har ökat.

Det finns delar i design management som knyter an till knowledge management och teorier om lärande i organisationer. Det handlar exempelvis om betydelsen av en sammanhållen identitet för att utöva sin kunskap på bästa sätt. Hur lärande en organisation är och upplevs av de som arbetar där beror av hur lokalerna ser ut. Ständig återkoppling och utveckling är således inte bara beroende av processerna i sig utan i allra högsta grad av var processerna sker. Strategiskt design management har därför som mål att knyta samman design, strategi, organisationens identitet och kultur.

Det finns teorier om färger som säger att harmoni kan uppnås genom att hjärnan stimuleras av balans i motsatser i färger. Hjärnan letar efter komplementfärger, med samma ljushet och måttnad. Den letar också efter den motsatta valören till varje färg. Hjärnan letar dessutom efter den motsatta intensiteten till varje färg. Med kalla färger menar man ofta färger som är blå. Blågrön uppfattar de flesta som den kallaste färgen. Den varmaste färgen är gulorange. Detta är dock något förenklat eftersom upplevelsen av en färg helt beror av färgens omgivning. Kalla och varma färger kan skapa ett slag bildrum eftersom kalla färger upplevs som längre ifrån och varma färger som närmre. Man kan framkalla en upplevelse av ljus genom

att spela ut de kalla färgerna mot de varma. Kognitiva teorier om det visuellas betydelse är också av intresse i sammanhanget liksom teorier om kreativitet vilket jag inte kommer att gå in på mer i det här kapitlet.

På flera olika håll i Norden pågår nu olika försök att experimentera och producera nytt både när det gäller sjukhus och informationssystemen som knyter samman de medicinska nätverken. På Trondheims nya sjukhus har ledningen exempelvis implementerat något som kallas clusteridén. Enligt den så är sjuksköterskorna det primära i clustret, läkarna befinner sig vid behandlingsrummen och expeditionen vid entrén. All behandling sker på clustret. Patienten flyttas enbart vid operation och mer avancerad vård. På detta sätt hoppas man minska transporter och spara resurser som tid. Patienten får också bättre kunskap och information om vad som pågår och bättre kontakt med personalen.

Jag vill avsluta med att konstatera att patientjournaler så som de hittills har sett ut kommer att försvinna. Redan idag integreras de i informationssystem som modifierar och knyter samman många medicinska enheter. Jag har exempelvis sett hur man kan använda datoriserade patientjournaler för att arbeta både horisontellt och vertikalt i en organisation. Det innebär att man både kan koordinera verksamhet bättre och höja kvaliteten i det arbete som utförs. Koordination kan exempelvis ske genom att information från fler enheter än tidigare inkluderas i det aktuella informationssystemet. På så sätt påverkar man och strömlinjeformar de medicinska processerna i nätverket. Enkla medel som att använda bilder och representationer för olika fenomen i informationssystemen kan bidra med stora effekter. Hur mycket koordination man vill ha och hur mycket man vill höja kvaliteten i det arbete som utförs bestämmer man själv. Detta är ett exempel på ett sätt att tänka och använda ett verktyg som en patientjournal utöver det mest uppenbara. En patientjournal förändras på detta sätt

från att vara enbart ett ställe där information om patienten lagras till att bli ett verktyg för verksamhetsutveckling. Frågorna som då bör ställas blir: Vilka enheter vill man koordinera? Vilka processer vill man förändra? Vad står kvalitet för och hur mycket kvalitet vill man uppnå? Jag vill avsluta med att poängtera att vad man kan åstadkomma med ett informationssystem är enbart avhängigt vilken strategi man har för det.

”Frågar man människor om vad värde är får man olika svar: pengavärde, värdefulla föremål, människovärde eller värdefulla minnen. Här resoneras kring värde i den process i vilken patienten och vårdens aktörer interagerar med varandra. Värde är inte vad producenten stoppar in utan vad brukaren får ut.”



Ulf Essler, Ek Dr
Center for Information and
Communications Research
Handelshögskolan i Stockholm
ulf.essler@hhs.se

Patienten i centrum

– Varför ska medborgaren lägga vårdpusslet?

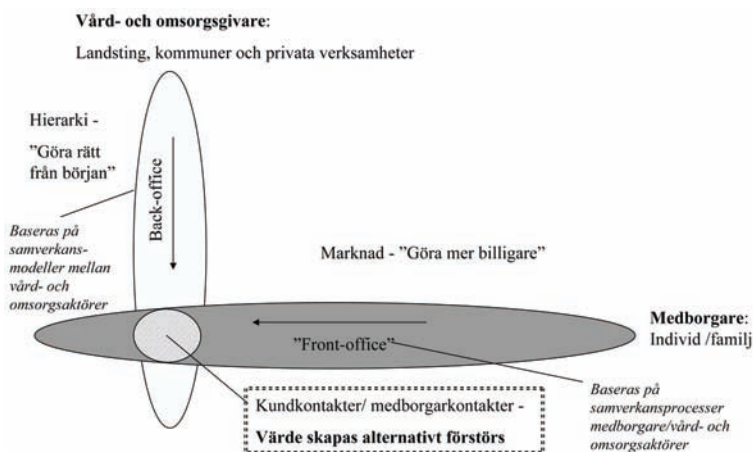
Frågan i detta kapitel handlar om värde. Vad är värdefullt för mig i situationer där jag, eller någon mig närstående har relationer med människor i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är viktigt att säga att värde i denna text bestäms av vad medborgaren tycker är värdefullt. Inte av vad hälso- och sjukvårdens aktörer tycker eller tror är värdefullt. Värde bestäms medborgarens användning av hälso- och sjukvårdens tjänster, inte av producenterna/vårdgivarna av tjänsterna. Värde är inte vad producenten stoppar in, utan vad medborgaren får ut.

En underliggande fråga när vi väl funnit ett svar, eller åtminstone ett preliminärt svar på frågan om vad medborgaren tycker är värdefullt och vad medborgaren tycker är mindre värdefullt i relationen till hälso- och sjukvården, är om tekniska lösningar kan guida patienter genom ett alltmer komplext system av vårdgivare. Ett system där en traditionell hierarkisk samordning inte fungerar för att vårdgivare blir att mer fragmenterade, specialiserade, allt fler och dessutom inbördes konkurrerande om status och om begränsade resurser. Uttryckt på ett annat sätt. En mer marknadsorienterad vård kommer hypotetiskt inte att lösa frågan om vem som har ansvar för och vem som får ta kostnaderna för kommunikation och samordning som stödjer medborgarens värdeskapande. Tvärt om kommer den frågan att öka i betydelse.

Fokus på värde

Frågar man två olika personer om vad värde är får man ofta olika svar; pengavärde, värdefulla föremål, människovärde och värdefulla minnen. Kanske också svaret handlar om värderingar och normer. I detta kapitel är värde den process i vilken medborgaren och sjukvårdens aktörer interagerar med varandra så att medborgaren blir nöjd. Värde har undersökt baserat på vilka förväntningar medborgaren har på sjukvårdsprocessen och den verkliga erfarenheten av vad processen är. I bilden nedanför beskrivs mötet mellan medborgaren och sjukvårdssystemet.

Figur 1. Mötet mellan medborgaren och hälso- och sjukvårdssystemet



Hypotesen i detta kapitel är att om svaret på frågan om medborgarens värdeskapande finns i att medborgaren själv beskriver sina erfarenheter och beskrivningarna förklarar hur dessa processer faktiskt ser ut, processernas mekanik på forskarspråk, så kan forskaren börja ställa intressanta frågor om vård- och omsorgsfenomenet. Den absolut viktigaste forskningsfrågan är Varför? Varför ser vård- och omsorgssystemet ut som det

gör. Vad är den historiska förklaringen till sakernas tillstånd idag. Detta ger en förståelse för vad man skulle kunna göra för att effektivt förändra systemet, om man nu skulle vilja göra det. Men för att svara på frågan varför, måste man börja på rätt ställe och rätt ställe är en beskrivning av sakernas tillstånd.

Detta kapitel är ett försök att förstå medborgaren eller "efterfrågesidan" som det heter på ekonomisvenska, i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet är att illustrera var i vårdprocessen problem/möjligheter finns ur patientens perspektiv och att hitta det som patienten tycker fungerar och ger tillfredsställelse och vad inte fungerar och ger otillfredsställelse.

Metoden som använts för att samla in empiri är något som kallas "Kritisk Incidentteknik" i en standardiserad enkät. Denna metod ger en selektiv men djup förståelse av ett fenomen. En person får beskriva en händelse som gjort mest intryck i positiv och negativ bemärkelse ett år tillbaka i tiden. I detta fall lyder frågan "När du tänker på alla dina tidigare kontakter med sjukvården fram till nu, vilket är det tillfälle när du har känt dig mest nöjd/missnöjd? Berätta vad som hände så att det framgår vad det var som gjorde att du kände dig nöjd" Frågan kompletteras med frågor om för hur länge sedan tillfället inträffade, hur nöjd på en femgradig skala du kände dig, hur ofta har du varit med om andra tillfällen som skapat en lika hög grad av nöjdhet/missnöjdhet, och med frågor om hur missnöjd du varit i kontakter med företagshälsovården, arbetsgivaren, sjukvården och med en avslutande fråga om hur väl du blivit bemött med hänsyn till alla olika människor och organisationer du har haft kontakt med inom sjukvården.

Hälsö- och sjukvårdsprocessen och detta med patient

Hälsö- och Sjukvårdsprocessen beskrivs ofta som "tillgångsdriven" snarare än "efterfrågedriven" – Den som tillverkar sjukvård är viktigare än den som efterfrågar sjukvård. Skälen till detta är historiska och juridiska. Modern sjukvård är kopplad till industrialismens genombrott på 1800-talet, (industriell) krigföring och intresset av att kunna behandla sårade soldater. Möjligheterna till val för medborgaren i en organisatorisk kontext utformad för att ge och lyda order är begränsad eller obefinligt. Här kan det vara plats att gör en etymologisk utläggning:

- **PATIENT** ...[jfr t. o. fr. *patient*; av lat. *patiens* (gen. *-entis*), som fördrager l. ut härdar ngt, tålig, eg. p. pr. av *pati*, tåla, lida. – Jfr **PASSION**, **PASSIV**, **PATIENS**, sbst.¹, **PATIENTERA**]...person som lider av sjukdom l. kroppsskada o. d.; sjukling; numera bl. om dylik person ss. föremål för vård l. behandling, särsk. i för hållande till läkare l. massör o. d. som vårdar l. behandlar honom (resp. henne). Svenska Akademiens ordbok December 2007.
- **Patient**. Person som är föremål för undersökning eller undergår vård av något slag, fysisk som psykisk. <http://susing.nu>
- **patient** (adj.) c.1320, "bearing or enduring without complaint," from L. *patientem* (see *patience*). Noun sense of "suffering or sick person" is from 1393, from O.Fr. *pacient* (n.), from the adj., from L. *patientem*. *Harper, David* "ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY, November 2001.

Ordet patient finns belagt redan på femtonhundratals i Sverige, i England på trettonhundratalet och som oftast i Europa finns ursprunget till ordet patient i det latinska språket. Det är tydligt att ordet varit mycket stabilt över de senaste

fem hundra åren i sin betydelse – en person som lider av något blir definitionsmässigt en patient när kontakt etableras med en person som behandlar han/henne. En person som väljer att själv hantera sitt lidande är inte en patient. Härli ligger kruxet skulle man kunna säga. I och med att jag överlämnar mitt lidande till någon annan person för denna person att bära, lämnar jag då över hela min autonomi, valda delar av densamma? När inleds denna för min autonomi ofta inskränkta relation och när avslutas den?

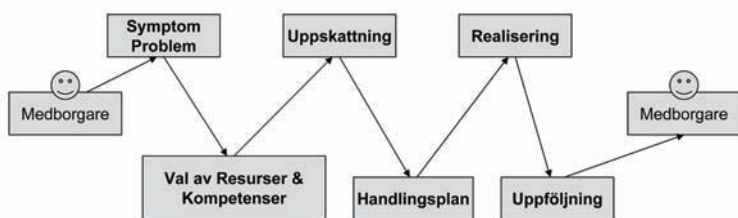
Det förefaller som om min situation som patient i hälso- och sjukvården beskrivs och betraktas och ageras på som om jag är en passiv mottagare av en något från en tjänstleverantör, en tjänstleverantör som avbördar mig lidande men som i gengäld tar min autonomi. Det förefaller som om min roll som medskapande är underutvecklad; att redskap och kunskap för att jag själv ska kunna avhjälpa mitt lidande är underutvecklad. Inom andra sektorer är denna roll allt mer viktig av två skäl: rationaliseringsskäl och riskminimering. Om medborgaren/kunden involveras i tjänsteutvecklingen så ökar produktiviteten och möjligheten att hitta på nya tjänster som medborgaren/kunden inte är intresserad av begränsas.

Hälso- och sjukvården har följaktligen utvecklat en situation av "informationsasymmetri" mellan den som tar emot sjukvård och den som skapar sjukvård beroende av utvecklingen av medicin som vetenskap, men också av andra skäl. Möjligheten för den som tar emot sjukvård att göra kloka, välinformerade val är följaktligen kopplad till en kostnad för medborgaren. Man skulle kunna tro att introduktionen av informationsteknologiska verktyg i form av persondatorer och mobila telefoner skulle ha inneburit en förändring av sakerna tillstånd, men så är inte fallet. Konkurrens mellan olika grupper inom sjukvården gör att datorsystem utvecklas för någon eller några få personer, utan tillgång till systemet för vare sig andra personer inom sjukvårdssystemet eller för medborgaren. Antalet dator-

system, de flesta ej sammankopplade, i ett av Stockholms sjukhus är fler än två hundra – och detta är på intet sätt unikt.

Introduktionen av informationsteknologi har gjort att mötet mellan medborgare och sjukvården kraftigt försämrats. Detta beror på att, förutom att läkare och sjuksköterskor sitter och tittar på datorn istället för att titta på medborgaren, så är varje interaktion ett första möte i vilket tidigare historia inte existerar, om inte en personlig relation etablerats, en relation som båda parter kommer ihåg. För att uttrycka saken tydligt. En "process" existerar inte vad gäller informationsspridning. Det som existerar är ett antal disparata delar enligt modellen nedanför.

Figur 2. Hälso- och sjukvårdsprocessen



Processen består av sex aktiviteter. Den börjar med att medborgaren upptäcker ett symptom som indikerar ett problem och man tar kontakt med hälso- och sjukvården. En hälso- och sjukvårdsaktör tar medborgarens berättelse och definierar ett medicinskt problem baserat på berättelsen. Målen är att medborgaren antas bli symptomfri och komma tillbaka till arbetslivet eller komma hem. Målet för sjukvårdsaktören antas vara att lösa det medicinska problemet och få en nöjd och glad medborgare.

Tillbaka till ordet värde. Definitionen är följaktligen en klart definierad "samskapande" process i vilken medborgaren är nöjd med en process som häver symptomen och en sjukvårdsaktör som är nöjd med en process som löser problemet.

Symptom (tillfredsställelse) och problem (kvalité) är två sammanvävda spår som tillsammans skapar värde. Värde skapas när medborgaren har fått problemet löst (något som ofta kräver medicinsk kunskap) på ett sätt gör att symptomen försvunnit.

Åter till processen. När problemet definierats, är nästa fas att välja resurser och kompetenser för att lösa eller lindra problemet och att ge resurser och kompetenser till en kostnad i monetära termer. Detta görs huvudsakligen av sjukvårdsaktörerna. En handlingsplan skapas, vilket också huvudsakligen görs av sjukvårdsaktören, och planen realiseras, vilket är ett samarbete mellan medborgare och sjukvårdsaktör. Den avslutande aktiviteten är uppföljning i vilken medborgare och sjukvårdsaktör kontrollerar att symptom och problem är lösta.

Hälso- och sjukvårdsprocessen och ”Business Process Engineering”

Intresset för processinnovation startade på allvar med forskarna Michael Hammer och Thomas Davenport. Idéerna kring processinnovation i USA kommer från Japan och den japanska bilindustrin som i början av 1990-talet konkurrerade ut den amerikanska bilindustrin via Lean Production filosofi. Den bärande idén blev känd som ”Business Process Re-engineering” eller BPR. Idén består av två interrelaterade idéer; internt samarbete och extern kundorientering, båda möjliggjorda av informationsteknologi. Formulerat på ett annat sätt. En organisation som initierar process innovation via BPR tror att genom tillämpning av informationsteknologi, så kan problem med internt samarbete och bristande kundfokus avhjälpas. BPR fick dåligt rykte i slutet av 1990-talet men har överlevt och faktiskt levt upp via intresse från aktörer i offentlig sektor i Europa sedan 2002 och framåt.

Tillämpningen av ett process perspektiv i hälso- och sjukvårdssektorn har fokuserat på fler variabler än på ett specifikt problem, nämligen:

- Resursminskningar
- Ökade medborgar/patient krav
- Långa väntetider
- Tillgång till hälso- och sjukvård
- Leverans av sjukvård
- Felbehandling

Studierna till dags dato inom området verkar visa på att användning av process innovation är ett sätt att adressera interna problem inom vården – snarare än problem med kundfokus.

Undersökningen

Kritisk incidentteknik (KIT) och standardiserad enkät användes i undersökningen. En av de stora skillnaderna dem emellan är att i KIT antas att en enda kritisk incident, dvs. en mycket tillfredställande eller en mycket otillfredställande händelse, ges hög prioritering av en individs helhetsomdöme av en leverantör. I den standardiserade enkätmetoden antas helhetsomdömet formas av den kumulativa erfarenheten av leverantörens prestation, vilken inkluderar kritiska incidenter, förväntad prestationsnivå och mindre händelser som ger upphov till missnöje eller oväntad nöjdhet. I termer av ett antal attribut.

Som redan indikerats spelar medborgaren i denna studie rollen som patient. Mer specifikt, så rör det sig om människor som är sjukskrivna – en teknisk term för en person som formellt inte arbetar av hälsoskäl. Sådana patienter möter fyra typiskt olika former av organisationer under perioden som

sjukskriven: arbetsgivaren, försäkringskassan, företagshälsovården och övrig hälso- och sjukvård.

Medborgaren/patienten i denna studie måste alltså hantera flera organisationer när han/hon är sjukskriven. Denna kontext innebär en högre grad av komplexitet jämfört med många andra studier av konsumenters perception av tjänsteleverantörer, på det sättet att den typiska studien fokuserar på en enda tjänsteleverantör. Kontexten är dock inte unik då många tjänster levererade av en enda leverantör är i verkligheten delar i ett större system ur konsumentens perspektiv. Resande kan t.ex. kräva interaktion mellan erbjödanden från flygplatser, flygbolag, hotel, biluthyrningsfirmor. Hur som helst så har KIT använts i patientsituationer i tidigare forskning om nöjdhet och vissa författare har också argumenterat för att metoden, och inte en standardiserad enkät, är speciellt användbar i sådana sammanhang. Data har samlats om kritiska incidenter, attribut-nivå prestanda förnimmelser och om övergripande nöjdhet via enkät. Denna enkät postades till personer som var sjukskrivna enligt register hos ett specifikt sjukhus med vilka vi samarbetade för att få tillgång till patienter. Antalet patienter i studien var 222 stycken.

Kritiska Incidenter och Nöjdhet

Vad gäller kritiska incidenter så samlades data in om både positiva och negativa incidenter. För positiva incidenter bads respondenterna tänka på hela perioden av sjukskrivning och försöka minnas om det fanns en speciell incident under denna period som hade gjort honom eller henne speciellt nöjd. Om svaret var ja, ombads respondenten att ge en verbal redogörelse för denna incident. Dessutom ombads respondenten uppskatta graden av nöjdhet; frågan var "Hur nöjd var du när detta hände?" och ett svarsformat gavs med tre speg från något

nöjd, nöjd och mycket nöjd. Samma approach användes för att fånga data om negativa incidenter, men i detta fall var frågan ”Hur missnöjd var du när detta hände?” och ett svarsformat gavs med tre speg från något missnöjd, missnöjd och mycket missnöjd. Det bör noteras att den typiska KIT-studien inte fångar separat information om graden i vilken en incident skapar nöjdhet eller missnöjdhet, trots att denna information naturligtvis behövs om man är intresserad av association mellan olika variabler (i detta fall mellan graden av nöjdhet skapad av en kritisk incident och den övergripande graden av nöjdhet).

Dessutom tillfrågades respondenten om när den rapporterade incidenten inträffade; en öppen fråga som generade data om antalet veckor som passerat mellan incidenten och delta-gande i undersökningen. I den typiska KIT-studien är sådana data inte genererad – trots det faktum att en lång tidspärr kan introducera en minnesförskjutning. I detta fall var dock – både vad gäller negativa och positiva incidenter – korrelationen mellan incident-genererad nöjdhet och incident-tid måttet nära noll och icke signifikant. Men dessa låga korrelationer indikerar att respondenternas nivåer nöjdhet och missnöjdhet med en specifik rapporterad incident verkar vara beroende av när incidenten inträffade.

Vad gäller attributnivå prestanda bads respondenterna uppskatta prestanda av var och en av de fyra aktörerna (arbets-givare, försäkringskassa, företagshälsovård och övriga hälso-och sjukvårdsaktörer) som de mötte när de blir sjukskrivna. För varje aktör bads respondenten svara hur hon/han uppfattade hela behandlingen. En 5-stegs skala introduceras som gick från 1 (mycket dåligt) till 5 (mycket bra) för varje aktör. Varje aktör är alltså hanterad som ett aggregerat attribut av systemet patienten interagerar med under sjukskrivningsperioden.

Övergripande nöjdhet uppskattades genom att be respondenten ranka hur bra hon/han tyckte att den övergripande behandlingen hade varit under sjukskrivningsperioden, tagande med i beräkningen alla de människor och organisationer som mötts i processen. En 5-steps skala introduceras som gick från 1 (mycket dåligt) till 5 (mycket bra) för varje aktör. En inspektion av svarsdistributionen indikerade den typiska snedvridna distribution som karaktäriserar övergripande nöjdhet i många enkätundersökningar fanns i data: bara 5.5 procent av respondenterna valde de två missnöjdhetsindikatorerna. Den övergripande nöjdhetsvariabeln uppvisade sålunda en mönster som liknar nöjdhetsmått i tidigare studier och det indikerar att åtminstone någon validitetsnivå i detta mått.

Innehållsanalys av de Kritiska Incidenterna

Innehållsanalysen av de 222 respondenterna gav att 121 personer svarade på frågan om att beskriva en incident som skapade stor missnöjdhet. De genererade totalt 5 105 ord. Tolv personer svarade NEJ på denna fråga. Fem personer gav ett svar som inte gick att tolka.

Fler personer, 131 stycken, svarare på frågan om att beskriva en incident som skapade stor nöjdhet. De genererade totalt 3 408 ord. Elva personer svarade NEJ på denna fråga. Fyra personer gav ett svar som inte gick att tolka. I många fall är respondenterna en och samma person.

Respondenterna gavs en tregradig skala som gick från 1 (något nöjd) till 3 (mycket nöjd).

Vid mappning av de kritiska incidenterna på den ovan beskrivna hälsovårdsprocessen, skapades följande resultat för de 104 *missnöjda medborgarna*.

Problem	5 personer, 4,8 %
Val av resurser och kompetenser	38 personer, 36,5 %
Uppskattning	6 personer, 5,8 %
Handlingsplan	6 personer, 5,8 %
Realisering	9 personer, 8,6 %
Uppföljning	39 personer, 37,5 %
Hela processen	1 person, 1 %

Vid mappning av de kritiska incidenterna på den ovan beskrivna hälsovårdsprocessen, skapades följande resultat för de 116 *nöjda medborgarna*.

Problem	5 personer, 4,3 %
Val av resurser och kompetenser	29 personer, 25 %
Uppskattning	11 personer, 9,5 %
Handlingsplan	7 personer, 6 %
Realisering	26 personer, 22,2 %
Uppföljning	8 personer, 7 %
Hela processen	30 personer, 26 %

Det finns klara asymmetrier mellan de positiva och de negativa incidenterna. De negativa incidenterna är lokaliserade i två delar av processen – *valet av resurser och kompetenser* och i *uppföljningen* medan de positiva incidenterna rör *hela processen* och *realiseringen*. Ett annat sätt att uttrycka saken är att **medborgaren är nöjd när det finns en process** och **medborgaren är nöjd när lidandet lyfts ifrån han/henne**. Värde skapas när det finns en historia med en smärtsam början och ett smärtfritt slut och där slutet är lyckligt. För att det ska finns en början och ett slut måste det finnas en sammanhållen process där givet att detta lyckliga slut är regisserade, eller till och med väl regisserade. Att se en enstaka episod i dramat gör ingen övertygande film. Det behövs en regissör som vet att skicka in rätt aktör vid rätt tillfälle. **Medborgaren är inte alls nöjd när vårdgivare sinsemellan inte "kommunicerar" eller ännu värre sinsemellan bråkar.**

Medborgaren är inte alls nöjd när det inte finns ett slut på processen. Om skådespelare (vårdgivaren) inte vet hur historien går, om de saknar manus eller inte läser manus så skapas inte värde för medborgaren på det som medborgaren vill att det ska göra. Medborgaren i rollen som patient vill bli "förlöst" av precis samma skäl som ett lyckligt eller olyckligt slut förlöser en historia.

Symmetrierna är också slående. De rör *problemdelen* av processen och *handlingsplanen*.

Kraften och värtaligheten i historierna är illustrativa av medborgarens nöjdhet och missnöjdhet med hälso- och sjukvårdsprocessen. Tjänsteattribut som är viktiga för medborgaren är tydliga. Dessa *attribut för nöjda medborgare* är:

- Snabbhet och precision i behandling.
- En personlig relation med hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor – en chef, en doktor, en sjuksyster, en kommunsamordnare, en handläggare vid försäkringskassan är ofta nämnda med namn – som ger professionellt stöd. "Att jag tillåts fortsätta mina sessioner med 'min' psykiater", det är min livlina och får mig att inse att jag har ett ansvar för mitt liv."
- Tid att prata med hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor. "När X vid Y hade tid och lyssnade till mig under tre och en halv timme och också gick runt bordet till mig och gav mig en stor, varm och trygg kram när jag talade om 'tunga' erfarenheter som tyngde mig."
- En icke-patient status, dvs. när hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor låter medborgaren kontrollera processen så mycket som möjligt.
- Lärande. "Är mycket nöjd med min specialistdoktor som har tagit sig tid och givit mig tänkvärda ideer". "När min före detta doktor arrangerade så att jag fick gå på kurs för att lära mig grundläggande kunskap om min kropp."

Attribut för missnöjda medborgare är:

- Sparsam eller ingen kommunikation från hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor. "Chefen är och har varit osynlig hela tiden (av sjukskrivningen. Författarens interjektion). Jag känner mig maktlös efter alla dessa år med företaget. Jag har älskat mitt arbete och givit mitt liv, min tid och min hälsa." "Försäkringskassan. Ingen kontakt på två år, då jag plötsligt får ett brev om att jag ska kontakta dem. Jag försökte få tag på henne i en vecka men hon kom aldrig tillbaka. Jag blev tvungen att ringa hennes chef och då ringde hon upp."
- Misstro mot sjukskrivna människors "historia" bland hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor; speciellt misstro från chefer och från försäkringskassan.
- Motsägelsefulla historier från hälso- och sjukvårdspersonal och från arbetsgivare. "När mina doktorer säger att jag absolut inte ska följa instruktioner jag fått från terapeuten. Doktorn och terapeuten arbetar på samma sjukhus och de har kontor som ligger bredvid varandra. Vilket samarbete!"
- Inget intresse att anpassa arbetsuppgifter och/eller arbets-situation för att stödja en person som kommer tillbaka från sjukskrivning. "Min chef tyckte att jag kunde gå tillbaka till mina gamla arbetsuppgifter och var inte intresserad att ge mig andra uppgifter."
- Långa väntetider. "Efter en massa invändningar, skickade min doktor mig till en lungklinik. Därefter fick jag vänta femton månader för att få en tid. Jag fick mycket värre astma under denna tid och kände mig hjälplös. Jag försökte flera gånger få en tid, men när du är så sjuk som jag var då har du ingen kraft."

Resultat – en integrerad vårdprocess ger nöjda patienter

Resultaten indikerar att erfarenheterna av processen är både goda och mindre goda. Den gemensamma frågan i innehållsanalysen av de kritiska incidenterna är relationen mellan och sinsemellan hälso- och sjukvårdens aktörer vilka genererar både bra och dåliga incidenter. Något förvånande är att det inte är tillgång till processen som är frågan utan resursplaneringen. Hur kan då resursplaneringen blir mer styrd av medborgaren och/eller hur kan resursplaneringen horisontellt integreras av vårdgivarna? En stark hypotes är att det behövs en ”regissör” av processen, dvs. att det idag saknas en roll utan vilken vi inte kommer att få ett bra slut på historien eller kanske inte ens en historia alls.

Vad gäller grundfrågan om processorientering, eller för att vara ännu mer precis, frågan om medborgarorientering, så indikerar resultatet att det inte är en fråga om ett ”bemötande” utan en fråga om många, ofta allför många, möten. Dessa många möten mellan medborgaren och flera sinsemellan o-koordinerade tjänsteleverantörer. Det verkar som om samordningen till stor del hamnar hos medborgaren och att detta uppfattas som en odelad börda av medborgaren ovanpå hans/hennes redan existerande lidande. Om så är fallet så är de enkla frågorna när, hur och varför denna arbetsfördelning kommit till stånd? Lärobokens svar är kristallklart. Det har alltid varit så här och det kommer att så förbli. I en hierarkisk organisation så är interna processer viktigare än omvärldens krav på effektivitet, rationalitet, legitimitet och transparens. En hierarkisk organisationsform har många fördelar men den är funktionellt baserad och har utomordentligt svårt att hantera förändring av dess ursprungliga funktionssätt.

Diskussion och implikationer

Frågan är vilken roll ny teknologi och de nya rutiner ska spela i processen där medborgaren möter vården? Kan de hjälpa till att pussla ihop hela vårdepisoder eller ska patienten även i framtiden göra detta själv? Litteraturen vad gäller ny teknologi som redskap för att förändra och utveckla organisationer är tydlig – ny teknik, framför allt informationsteknologi, är en kraftfull förändringsagent men styrbarheten av denna förändringsagent är begränsad. Informationsteknologi är i sig helt kontextlös och det beror av kontexten på vilket sätt förändringen kommer till stånd.

Nya teknologier, speciellt mobila tjänster, kan hypotetiskt underlätta medborgarens missnöjdhet med processen på två sätt. Först genom att ge medborgaren en överblick och kontroll av hela processen så att gap och glapp i och mellan aktiteter blir mer synliga och förståeliga. Sedan genom att stödja hälso- och sjukvårdens aktörer så att dessa samarbetar sinsemellan. Resultaten är klara vad gäller behovet av ägarskap över hälso- och sjukvårdsprocessen. Någon aktör bör äga samordningen av processen.

Resultaten indikerar att relationen mellan patient/anhöriga och hälso- och sjukvårdens aktörer är tillfällig – det finns ingen process, historien lyser med sin frånvaro. Patienter som etablerar en personlig relation med hälso- och sjukvårdsaktörer har ofta en positiv erfarenhet av hälso- och sjukvårdsprocessen och lyckas på detta sätt hitta om inte process så i alla fall värdeskapande episoder. Patienter som inte lyckas skapa en sådan relation, tenderar att etablera en neutral eller negativ erfarenhet av processen eller får sätta ihop en process mer eller mindre på egen hand. Så länge det är på det här sättet verkar informationsteknologins möjligheter begränsade och kanske till och med av negativt värde för medborgaren.

” *Man kan inte fortsätta lägga vårdpusslet genom att bara fokusera på de enskilda bitarna. Kittet mellan pusselbitarna måste också få fokus. Den stora utmaningen för hälso- och sjukvården ligger därför i att utveckla den horisontella styrningen, som gäller samverkan i olika former som ett komplement till den viktiga vertikala – ekonomiska – styrningen.* ”



Kalle Kraus, Ek Dr
Department of Accounting
Handelshögskolan i Stockholm
kalle.kraus@hhs.se



Johnny Lind, Professor och Center Director
Center for Accounting and Managerial Finance
Handelshögskolan i Stockholm
johnny.lind@hhs.se

Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?

Om ekonomistyrning och samarbete mellan organisationer i vårdkedjan

En vanlig uppfattning i massmedia är att pengarna har fått för stor betydelse i hälso- och sjukvårdssektorn. Kommunerna och landstingen behöver spara pengar och det leder till att svaga och utsatta grupper hamnar i kläm. Gång efter gång har vi mött braskande rubriker i dagspressen som beskriver något missförhållande. Återkommande möter vi exempel på hur äldre har farit illa och hamnat mellan stolarna. Det handlar exempelvis om pensionärer som skickats fram och tillbaka mellan bostaden och sjukvården. Landstinget såväl som kommunen kritiserar för att inte ta sitt ansvar.

Redan i början av 1990-talet infördes ÄDEL-reformen som innebar att ansvaret för en stor del av äldre vården flyttades från landstingen till kommunerna. Ett centralt inslag i reformen var att tydliggöra gränserna mellan kommunens och landstingets ansvarsområden. Sveriges kommuner fick i uppgift att integrera hälso- och sjukvård med socialtjänst. Trots införandet av ÄDEL-reformen finns det fortfarande många gränssytor mellan de två huvudmännen i äldre vården. Dessa gränssytor ställer stora krav på samordning och samarbete mellan olika individer och enheter inom kommun och landsting.

Vi har studerat hur landstingets vårdcentraler och kommunens hemtjänstenheter behöver anpassa sig till varandra för att skapa en bra vårdupplevelse för pensionären.¹ Ett av hemtjänstens vårdbiträden i vår studie beskriver:

All oenighet med scheman skapar ett dåligt klimat mellan oss och sköterskorna. Och det är inte bra för pensionären. Ibland utförs inte de insatser som ska utföras på grund av att vi inte kommit överens om en tid. Men sköterskorna måste ta sitt ansvar, vi kan inte anpassa oss hela tiden.

Motsvarande åsikter förekommer även från vårdcentralernas personal. En undersköterska förklarar:

Det är inte alls bra. Ibland får en patient sin medicin för sent på grund av att ingen hämtar den. Vi [undersköterskorna och vårdbiträdena] pratar inte med varandra, eller så blir det missförstånd. Vi måste kommunicera bättre med vårdbiträdena och vi behöver riktlinjer för gråzonerna. Nu skyller vi på dem och de skyller på oss.

Parallellt med detta visar det sig att chefer och medarbetare i såväl kommunens hemtjänstenheter som landstingets vårdcentraler betonar vikten av att deras enheter uppfyller sina respektive ekonomiska mål. En av hemtjänstens chefer utvecklar:

¹ Grunden för resonemangen i detta kapitel är hämtade från Kalle Kraus doktorsavhandling. Kraus, K., 2007; "Sven, *inter-organisational relationships and control – a case study of domestic care of the elderly*", doktorsavhandling vid institutionen för redovisning och rättsvetenskap, Handelshögskolan i Stockholm. I avhandlingen redovisas en omfattande empirisk fallstudie av äldrevården som bygger på intervjuer med 78 personer samt interna och externa dokument, såsom verksamhetsplaner och mötesprotokoll. En mängd olika yrkeskategorier kopplade till äldrevården intervjuades: controllers, ekonomichefer, biståndsbedömare, chefer för hemtjänstenheter, vårdbiträden, vårdcentralschefer, sjuksköterskor samt undersköterskor.

För vår del handlar det om att ha en balanserad budget. Balanserad budget är frågan på agendan och det är all fokus på detta. Det är inte tal om att utveckla nya saker, det får komma senare.

Motsvarande beskrivning återkommer hos andra chefer. En chef för en hemtjänstenhet uttrycker det som: "Pengarna styr väldigt mycket, det gör dom. Tre viktigaste parametrarna jag utvärderas på? Budget, budget och budget." Flera chefer betonar också betydelsen av att få vårdbiträdena att förstå pengarnas betydelse. En hemtjänstchef säger:

Vårdbiträdena måste förstå att minus 300 000 kronor är en mindre anställd hos oss. Denna koppling mellan budgeten och deras lön är viktig. De måste också veta att det är biståndsbeslut som ger oss intäkter. På detta sätt har vårdbiträdena tvingats blivit intresserade av finansiella frågor.

Beskrivningarna visar att den *vertikala ekonomistyrningen* har fått ett stort genomslag på vad som händer i såväl äldrevården som övriga delar av hälso- och sjukvården. Vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och deras chefer återkommer till vikten av att deras lokala enheter håller sig inom kostnadsramarna för att säkerställa sin fortsatta existens. Det leder till att de i första hand prioriterar sin enhets uppdrag och därefter i bästa fall funderar över hur detta kan passa ihop med andra vårdaktörer. Det framstår som problematiskt att lägga det komplicerade vårdpusslet när styrningen bara sågar ut de enskilda pusselbitarna. Detta kan jämföras med hur det fungerade tidigare, innan den vertikala ekonomistyrningen fick ett sådant genomslag. Ett vårdbiträde beskriver: "Det passade sig inte alls att prata ekonomi eller tänka i ekonomiska termer i vår grupp. Pensionären skulle alltid sättas i första rummet." Anpassningen till landstingets vårdcentraler fungerade bra och pensionärens behov var hela tiden i centrum. En av sjuksköterskorna konsta-

terade: "Det var en skön känsla när vi pratade med vårdbiträderna. Vi fokuserade alla på pensionärerna." Vårdbiträderna, undersköterskorna och sjuksköterskorna kände sig fria att utföra den vård som pensionärerna behövde och de upplevde inte någon större press eller försök till detaljstyrning från chefernas sida.

En vanlig slutsats av den tidigare beskrivningen är att ett av problemen i dagens hälso- och sjukvård kan kopplas till den hårda vertikala ekonomistyrningen och dess effekter på vårdpersonalens agerande. Enligt flera kritiker leder den vertikala ekonomistyrningen till att olika organisatoriska enheter endast tänker på sitt eget utfall. Därigenom optimerar varje enhet sin del i helheten och de agerar som små självständiga öar som isolerar sig från varandra. De hävdar att "det var bättre förr", när den vertikala styrningen inte hade så stor effekt på verksamheten och därigenom inte förstörde möjligheterna till att anpassa hemtjänsten och vårdcentralernas hemsjukvård till varandra. Det handlar såväl om att samordna aktiviteter som att knyta resurser och kompetenser till varandra.

Vi menar att kritiken mot den vertikala ekonomistyrningen är alltför ensidig och onyanserad. Det är inte meningsfullt att hävda att det är den vertikala ekonomistyrningens fel att svaga äldre har farit illa och hamnat mellan stolarna. Ekonomistyrning är trots allt bara ett medel som politiker och höga chefer kan använda sig av för att påverka medarbetarna i en viss riktning. Därigenom kan politiker och höga chefer åstadkomma förändringar i kommuner och landsting. Det är dags att nyansera debatten om styrning i hälso- och sjukvården.

Vår utgångspunkt är att det finns behov av att tydligare conceptualisera vad som avses med styrning. Därigenom blir det enklare att identifiera viktiga aspekter som man bör ta hänsyn till vid utformningen av styrningen i framtidens hälso- och sjukvårdssektor. Styrning kan enligt vår mening på ett övergripande plan ses som två parallella processer. Dels finns en **ver-**

vertikal styrprocess mellan ägare, ledning och medarbetare, dels finns en **horisontell styrprocess** som uppstår mellan de medarbetare som utför tjänsten och de som brukar tjänsten. Detta sätt att definiera styrning innebär att de som utför hälso- och sjukvård är utsatta för två olika typer av styrprocesser som baseras på olika rationaliteter. Den vertikala processen grundar sig på en finansiell rationalitet och innebär att organisationer ses som finansiellt avgränsade enheter. Den horisontella processen utgår från en verksamhetsrationalitet och har sin bas i själva utförandeprocessen. Här kommer samarbetsfrågor in som en viktig aspekt i och med att utförandet ofta har många inbördes beroenden och därmed får samverkan mellan olika enheter stor betydelse för brukarens totala vårdupplevelse.

Sammantaget innebär detta att en verksamhet alltid kommer att vara utsatt för såväl en vertikal som en horisontell styrprocess. Däremot kan dessa styrprocesser i olika perioder vara mer eller mindre inflytelserika beroende på vad politiker och högre chefer betonar i styrningen. **Nyckeln till en framgångsrik styrning i hälso- och sjukvården är enligt vår mening att hitta rätt balans mellan dessa båda styrprocesser.** Låt oss utveckla detta med hjälp av en studie av såväl horisontella som vertikala styrprocesser inom äldreomsorgen. Studien har avgränsats till den kommunala sektorns vertikala styrning. I det följande beskrivs tre episoder där betoningen av vertikala och horisontella styrprocesser skiljer sig åt.

Episod ett: "Svag vertikal ekonomistyrning och en betydande informell horisontell styrning"

Om vi går tillbaka något decennium i tiden beskriver många av de intervjuade att den kommunala äldreomsorgen kännetecknades av en svag vertikal ekonomistyrning. Budgeten hade ofta ingen större betydelse. När cheferna skulle budgetera för det

kommande året utgick de från föregående år och gjorde endast små förändringar så att budgeten anpassades till det kommande årets förväntade intäkter. En av de intervjuade hemtjänstcheferna konstaterar: "Budgetprocessen var bara en pappersexercis. Ingen brydde sig speciellt mycket". Budgetuppföljningen hade lika begränsad betydelse och om en enhet behövde mer resurser åskade man bara mer pengar. En hemtjänstchef beskriver: "Vi hade möten med chefen två gånger per år och diskuterade hur vi låg till ekonomiskt. Men jag kände ingen press att ha budget i balans." Ointresset för den vertikala ekonomistyrningen framgår tydligt hos en nyrekryterad hemtjänstchef.

När jag började arbeta här så blev jag verkligen chockad. Hemtjänstenheten hade haft budgetunderskott under många år. Detta förvånade mig i och med att jag varit egenföretagare och verkligen lärt mig att intäkterna måste vara större än kostnaderna. Jag frågade chefen som varit innan mig och hon sade bara att de alltid haft budgetunderskott. Det var så att säga inbyggt i systemet. Jag var totalt mällös.

Parallellt med detta var även den formaliserade horisontella styrningen svag. Det fanns begränsat med administrativa styrmedel som stöttade samordningen mellan hemtjänstenheterna och vårdcentralerna. Däremot fanns det en stark informell horisontell styrning som tog sin utgångspunkt i pensionärens behov och betydelsen av att skapa en högkvalitativ vårdupplevelse. Pensionärens hem sågs som den naturliga organisationsenheten och här fungerade sjuksköterskorna som arbetsledare. Det innebar att sjuksköterskorna samordnade och prioriterade vad man skulle göra. Ett av vårdbiträdena beskriver: "Sjuksköterskorna var de som hade mest kunskap och helhetsbilden. De visste vad som skulle göras och vem som skulle göra det." En liknande bild återges av en sjuksköterska:

Vårdbiträderna litade mer på oss än på sina chefer eftersom vi har den medicinska kunskapen. Det var jättebra för patienterna att vi bestämde vad som skulle göras och hur det skulle göras.

Ett problem som blev mer och mer akut var att enheten som var ansvarig för äldre vården inom den studerade kommunen gjorde stora ekonomiska underskott. Den svaga vertikala ekonomistyrningen i kombination med den relativt starka informella horisontella styrningen innebar att hemtjänstenheterna utförde betydligt mer vård till pensionärerna än vad de fick ersättning för. Vårdbiträderna utförde mer hemtjänst än vad som stod i biståndsbesluten. Dessutom var det främst vårdbiträderna som anpassade sig till sjuksköterskorna och undersköterskorna från vårdcentralerna. Det innebar att vårdbiträderna fick lägga en del av sin tid på att vänta på sköterskorna och att transportera sig mellan olika pensionärs bostäder. Lösningen som förespråkades i den rådande situationen med stora ekonomiska underskott var att på ett helt annat sätt betona den vertikala ekonomistyrningen. I anslutning till detta skedde det också en del personella förändringar på chefsnivå. Episod två beskriver detta.

Episod två: "Stark vertikal ekonomistyrning och svag horisontell styrning"

Under episod två karakteriserades den kommunala äldre vården av en stark vertikal ekonomistyrning och en känsla av finansiell kris. En stor vikt fästes till budgeten vid såväl planering som uppföljning och den fick stort genomslag i den dagliga verksamheten. Samtliga kategorier av medarbetare var engagerade i den finansiella styrningen, från vårdbiträden till

hemtjänstenhetschefer och centralt placerade chefer. En hemtjänstchef konstaterar att:

Jag är mycket tydlig mot vårdbiträderna att de endast ska göra det som står i biståndsbeslutet, ingenting mer, ingenting mindre. De måste säga nej till pensionärerna om de vill att de ska göra extra saker. Vi måste ha allt i biståndsbeslutet så att vi får betalt för det.

Ett vårdbiträde beskriver:

Vi märker verkligen att vår chef är hårt pressad av de högre cheferna. Hon är väldigt stressad för budgeten, det måste vara jättesvårt att vara chef i dessa tider.

Parallellt med den ökade betoningen av den vertikala finansiella budgetstyrningen har det även utvecklats en mängd andra administrativa styrmekanismer som stödjer den vertikala ekonomistyrningen. Det handlar om utbildning av chefer, regelbundna möten mellan controllers och hemtjänstchefer, sanktioner för chefer som inte uppfyller budgetmålen, regelbunden översyn av biståndsbesluten, detaljerade riktlinjer för vårdbiträden och finansiella diskussioner med vårdbiträderna.

Den starka vertikala ekonomistyrningen innebar att hemtjänsten tog sig ur den finansiella krisen. De lyckades uppnå en balanserad budget och bedriva verksamheten under flera år med ekonomiska överskott. Den starka vertikala styrningen kombinerades dock med en svag horisontell styrning. Den horisontella styrningen stöttades inte av några administrativa styrmekanismer och den tidigare informella horisontella styrningen som dominerat vad som hände i pensionärens hem kunde inte stå emot den hårda vertikala styrningen. De intervjuade beskriver att den ökade betoningen av den vertikala styrprocessen ledde till stora försämringar av samordningen mellan landstinget och kommunen och därmed en försämring av pensionärernas totala vårdupplevelse.

Vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor betonade att det var två olika grupperingar i pensionärernas hem. Vårdbiträdena var en grupp och undersköterskorna och sjuksköterskorna en annan grupp. Ett vårdbitråde förklarar:

Inom vår grupp säger vi till varandra att vi ska hjälpa sköterskorna med att ge medicin på delegering, men vi ska inte ta order från dem eller springa deras ärenden, eller anpassa våra scheman hela tiden. Vi är ansvariga för hemtjänst och inte hälso- och sjukvård.

Den norm som utvecklats innebar följaktligen att de båda grupperna fokuserade på sina egna uppgifter och samarbetet ansågs ha låg prioritet. Mentaliteten karakteriserades av att skylla på varandra för det dåligt fungerande samarbetet och samarbetsatmosfären beskrevs som frostig.

Den övergripande bilden som gavs i denna episod var att samarbetet fungerade dåligt och att det fanns en negativ atmosfär mellan vårdcentraler och hemtjänstenheter. Vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor beskrev svårigheterna med att koordinera de aktiviteter som kräver samarbete. Samtliga efterfrågade tydligare styrning och klarare rutiner för vem som skulle göra vad. De båda parterna var ofta oense om vilken tid som skulle gälla när ett sår skulle läggas om av sköterskan. Då måste nämligen vårdbiträdet duscha pensionären och de behövde därför komma överens om en tid som passade bådas scheman. De intervjuade nämnde även pensionärer som inte fått frukost i tid efter insulinsprutan på grund av dålig kommunikation mellan hemtjänst och hemsjukvård. Båda parter skyllde på varandra och menade att den andra parten aldrig anpassade sig.

Sammantaget karakteriseras den andra episoden av en stark vertikal ekonomistyrning som betonar och utkräver budget i balans för de enskilda organisatoriska enheterna. Detta i kombination med en obefintlig horisontell styrning leder till en

obalans i verksamheten. Det som betonas är det som mäts och belönas i den finansiella uppföljningen, vilket innebär att enheternas interna angelägenheter får all uppmärksamhet på bekostnad av samarbetet mellan hemtjänsten och hemsjukvården. Ett sätt att hantera den här situationen är att stärka den horisontella styrningen för att skapa en motkraft till den vertikala ekonomistyrningen och därmed uppnå en bättre balans mellan de två olika styrprocesserna. En bättre balans i styrningen skapar förutsättningar för en väl fungerande samverkan mellan hemtjänstenheterna och vårdcentralerna. I episod tre beskrivs en sådan situation.

Episod tre: "Stark vertikal styrning och en ökad betoning av den horisontella styrningen"

I episod tre har den kommunala äldrevården genomgått en finansiell kris som resulterade i en stark vertikal ekonomistyrning och efter hand har de lyckats få bättre ordning på sin finansiella situation. Sedan några år tillbaka karakteriseras enheten av en fortsatt stark vertikal ekonomistyrning. En chef förklarar: "Jag vill poängtera att vi har stort fokus på den finansiella biten i vår stadsdel. Vi arbetar aktivt med att få samtliga medarbetare att bli medvetna om ekonomiska frågor." En hemtjänstchef instämmer: "Jag tror att vårdbiträdena är trötta på att höra mitt snack om pengar hela tiden. Men de vet att vi måste vara medvetna om den finansiella situationen."

I motsats till de två tidigare episoderna kombineras dock den starka vertikala ekonomistyrningen med en något starkare formaliserad horisontell styrning. Det har utformats ett antal styrmekanismer som stödjer samarbetet mellan hemtjänsten och vårdcentralen. De horisontella styrmekanismerna är *in-satsgruppen*, *månatliga möten* mellan vårdbiträden och sköterskor och *specificerade riktlinjer* för hur samarbetet ska fungera.

Alla chefer betonar att den så kallade insatsgruppen är viktig för samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård. Gruppen träffas fyra gånger per år och de flesta som deltar på mötena är sjuksköterskor, vårdcentralschefer eller hemtjänstchefer. Mötena fungerar som forum för att diskutera frågor som anses problematiska i samarbetsrelationen. En hemtjänstchef berättar:

Insatsgruppen har utvecklats väldigt väl. Det är viktigt att vi gör lika över hela stadsdelen eftersom vårdcentralerna ofta arbetar med flera olika hemtjänstenheter. Även om vi har gråzoner kvar så förbättrar insatsgruppen samarbetet.

Detta stöds av vårdcentralscheferna. En av dem beskriver:

Insatsgruppen är väldigt intressant. Min vårdcentral jobbar mot två stadsdelar och vi har bara insatsgrupp i en av dem. På den sidan har vi en effektiv struktur, det fungerar väldigt bra och mina sjuksköterskor träffar vårdbiträdena regelbundet. Det är väldigt viktigt att samarbeta. Insatsgruppen är bra och viktig och jag tror att den är nyckeln till att det fungerar så mycket bättre i den stadsdelen.

Cheferna kräver även att vårdbiträden och sjuksköterskor träffas en gång i månaden och då kommer sköterskorna till hemtjänstens lokaler. Varje sjuksköterska träffar de vårdbiträden som går till dennes patienter. Mötena är viktiga för att utbyta information om pensionärerna, och pensionärer med förändrade hälsotillstånd diskuteras alltid på mötena. Vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor uttrycker alla att det finns en gemensam syn att samarbete är viktigt för en väl fungerande äldrevård. Det finns en mentalitet att hjälpa varandra och vara flexibel i utförandet av vården. En sjuksköterska förklarar:

Jag gillar verkligen atmosfären vi har tillsammans med undersköterskor och vårdbiträden. Samarbetet är viktigt och ska fo-

kuseras. Jag pratar ofta med kollegor från andra stadsdelar och de har ofta en annan upplevelse. Men här tycker vi alla att samarbete är viktigt för att ge patienterna bra vård.

Den dagliga koordineringen av vården beskrivs som väl fungerande. En undersköterska säger: "Det fungerar helt perfekt. Säg att det är ett bensår som ska läggas om, då sitter patienten nyduschat av hemtjänsten när jag kommer." Koordineringen diskuteras också på de regelbundna mötena. Ett vårdbiträde förklarar:

Det fungerar mycket bra, vi hjälper varandra. De [undersköterskorna och sjuksköterskorna] ringer oss, det är enkelt att komma överens om tider och det känns som att de ofta anpassar sina scheman också. Ibland är vi snälla och lägger om vårt schema och ibland gör de det – en bra atmosfär.

Oväntade saker löses genom att båda parter gör saker som egentligen är den andres ansvar. De månatliga mötena mellan vårdbiträdena och sjuksköterskorna samt att insatsgruppen tagit fram specificerade riktlinjer för samarbetet beskrivs vara viktiga förklaringar till den väl fungerande dagliga koordineringen av vården. Under mötena utbyter man information, bestämmer tider för gemensamma hembesök och kommer överens om tider för de insatser som behöver koordineras. Mötena ger också den fördelen att båda parter känner igen varandra bättre och en bra stämning skapas i relationen. Det faktum att sköterskorna kommer till hemtjänstens lokaler beskrivs också ha ett symbolvärde. "Det är viktigt att de kommer till våra lokaler, det visar att de kan anpassa sig också", säger ett vårdbiträde.

Sammantaget visar episod tre en situation där en stark vertikal ekonomistyrning kombineras med en ökad betoning av den horisontella styrningen. En struktur för samverkan har

byggts upp under en tid då enheterna varit förskonade från finansiella kriser.

Slutsatser

Hälso- och sjukvårdens verksamheter kännetecknas av ett antal beroenden mellan de specialiserade enheter som utför vården. Detta kompliceras ytterligare av att dessa enheter i många fall har olika huvudmän och därigenom olika finansiella resursbaser. En väl fungerande samverkan blir därför centralt för kvaliteten på vården, för effektivt utnyttjande av resurser och för brukarnas totala vårdupplevelse. Styrningen har enligt vår mening en nyckelroll i detta. En viktig utmaning för framtidens hälso- och sjukvård ligger i att utforma en vertikal och horisontell styrning som skapar ett långsiktigt önskvärt beteende. Ett beteende som hushåller med knappa resurser och samarbetar över organisationsgränserna. Vårdpuslet kommer aldrig att kunna läggas om styrningen bara sågar ut bitarna. Vi ser ett stort behov av att få struktur på styrningsdiskussionerna. Vi har argumenterat för att en konceptualisering av styrning som bestående av två parallella styrprocesser, en vertikal och en horisontell, är ett viktigt steg på vägen.

I de tre episoderna har vi visat hur vertikala och horisontella styrprocessers olika betoning får stora effekter på vårdutförandet. I den första episoden var den vertikala styrningen obefintlig vilket ledde till stora ekonomiska underskott och bristande prioritering av resurser. En sådan situation kan bara pågå så länge politikerna accepterar att hela tiden skjuta till mer resurser. I det här sammanhanget är det viktigt att påpeka att den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssektorn har vissa särdrag i jämförelse med vinstdrivande företag med betalande kunder och andra motparter. Ett sådant särdrag är att offentliga organisationer inte har till syfte att gå med vinst och att de

finns till för att uppfylla en "social" funktion i samhället. Kvaliteten på tjänsterna är ett mål i sig och då finns det alltid ett bottenlöst hål att fylla på med pengar i. Så fort mer pengar skjuts till så finns det nya användningsområden. Sammantaget innebär detta att det finns behov av att prioritera vad våra gemensamma resurser ska användas till. Den vertikala ekonomistyrningen är ett viktigt medel för att säkerställa att decentraliserade enheter inte förbrukar mer resurser än vad de har till sitt förfogande.

Den vertikala styrprocessen bör dock inte helt dominera, som var fallet i episod två. Då betonas endast de interna processerna i de olika enheterna i vårdpusslet och samverkansaspekten kommer i skymundan. Detta ser vi tydliga tecken på i episod två där samarbetet mellan hemtjänsten och hemsjukvården upplevdes som mycket dåligt fungerande då enheterna enbart prioriterade sina interna angelägenheter och inte såg till helheten i pensionärernas vårdupplevelse.

Den stora utmaningen för hälso- och sjukvården ligger därför i att utveckla den horisontella styrprocessen som ett viktigt komplement till den starka vertikala styrningen. Vi illustrerar diskussionen med äldrevården, men liknande tankar kan appliceras på exempelvis akutsjukvård och psykiatri. Grundkonstruktionen med olika specialiserade enheter med olika budgetar är vanlig i de flesta verksamheter. Äldrevården skulle därmed kunna fungera som ett pilotexempel där viktiga samarbetsfrågor penetreras och sedan anpassas utefter den verklighet som gäller för andra verksamheter.

Vi kan inte fortsätta lägga vårdpusslet genom att bara fokusera på de enskilda bitarna. Kittet mellan pusselbitarna måste också få fokus. Det behövs ett rejält nytänkande kring styrmekanismer som kan stärka upp den horisontella styrningen. I episod tre ser vi några exempel på sådana styrmekanismer, såsom insatsgrupper med personer från olika enheter med inbördes beroenden, möten mellan vårdbiträden och sjukskö-

terskor och riktlinjer för samverkan. Det finns dock mycket mer att göra. Om hemtjänstenheten skulle hamna i en finansiell kris igen kan man fråga sig hur det skulle påverka samarbetet med vårdcentralerna. I en sådan situation kan det finnas behov av en ännu starkare horisontell styrning som lyfter fram behovet av att samarbeta med vårdcentralerna. Det behövs därför en horisontell styrning som är så pass stark så att den även kan stå emot interna ekonomiska kriser. Det handlar framför allt om att sätta mål, mäta och följa upp aspekter i den horisontella dimensionen. I dagens hälso- och sjukvård är det oftast bara den vertikala dimensionen som mäts och följs upp.

I tider av besparingar och finansiella kriser behöver både den vertikala och horisontella styrningen manifesteras på olika sätt för att därigenom minska risken att enheterna bara fokuserar på sina interna angelägenheter. Ett stort ansvar faller här på chefer på olika nivåer. Det kan inte förväntas att exempelvis vårdbiträden och sköterskor i äldrevården ska lösa alla samarbetsproblem som uppkommer i pensionärernas hem. Vi lyfter fram behovet av formella horisontella styrmekanismer som kan bidra till att sätta fokus på samarbetsfrågor. Det handlar bland annat om att utveckla en genomtänkt och tydlig organisation för samverkan där parterna möts regelbundet. Vilka hierarkiska nivåer behöver mötas? Vad ska de respektive nivåerna besluta om? Genom att skapa en tydlig organisation för samverkan och införa regelbundna träffar mellan såväl chefer som de som utför vården så kommuniceras det från chefshåll att samarbeten är något som ska prioriteras.

När väl denna grund är lagd handlar det till stor del om att tydliggöra spelreglerna genom riktlinjer samt att sätta upp mål och mått för samarbetet och sedan se huruvida dessa uppfylls. Det kan noteras att de i samtliga tre episoder saknas formaliserad mätning och uppföljning i den horisontella dimensionen. De respektive enheterna mäts dock och följs upp kontinuerligt i den vertikala dimensionen. Denna obalans innebär en stän-

dig risk att samverkansfrågor kommer i skymundan. Här behövs ett rejält nytänkande i hälso- och sjukvården. Enligt vår mening är det nödvändigt att tydligare mäta, följa upp och utkräva ansvar också i den horisontella dimensionen. Vet de enskilda enheterna att de inte bara utvärderas på huruvida den egna budgeten är i balans, utan även med konkreta mått på hur väl de samverkar med andra enheter, så får troligen samverkansfrågor en helt annan betydelse. Det kan också understrykas att olika styrmekanismer kan förstärka varandra. Arbetet med att ta fram lokala konkreta mål, mått och standarder för samverkan över organisationsgränser gör att de olika enheterna träffas och diskuterar samarbetsfrågor. Detta kan även förbättra samverkan genom att värderingar, normer och en gemensam kultur som betonar betydelsen av samarbete skapas.

Slutligen ser vi det också som viktigt att resa frågan om behovet av att gå ännu längre i betoningen av den horisontella styrningen. Mål, mått, standarder och uppföljning av samarbetet är en viktig bas, men möjligen behövs även finansiella incitament i den horisontella styrningen för att klara tider av interna finansiella kriser. Detta då det finns starka finansiella incitament i den vertikala styrningen av de enskilda enheterna via trycket på att ha budget i balans. Finansiella lösningar som spänner över enhetsgränser är ofta svåra att utforma men aspekten bör i alla fall finnas med i diskussionen när dagens hälso- och sjukvårdsdebatt tydligare än förut betonar vikten av att utnyttja de gemensamma resurserna så effektivt som möjligt. Med en stark vertikal och horisontell styrning betonas dels de enskilda bitarna i vårdpusslet, dels kittet som håller ihop de enskilda pusselbitarna och skapar den viktiga helheten.

” *En starkt statlig kunskapsstyrning som stödjer utvecklingen mot allt mer kunskapsbaserad verksamhet är önskvärd. För detta talar såväl kvalitets- som effektivitetsskäl. De metoder, åtgärder och behandlingar som visat sig ge bäst förväntat resultat i en given situation ska komma till användning, vilket medför att offentliga resurser används effektivt.* ”

Ur Ansvarsutredningens slutbetänkande SOU 2007:10, s 98.



Karin Fernler, Ek Dr
Department of Management and Organization
Handelshögskolan i Stockholm
karin.fernler@hhs.se



Ebba Sjögren, Ek Dr
Department of Management and Organization
Handelshögskolan i Stockholm
ebba.sjogren@hhs.se



Claes-Fredrik Helgesson, Docent
Department of Marketing and Strategy
Handelshögskolan i Stockholm
claes-fredrik.helgesson@hhs.se

Utan tvivel är man inte klok – kunskapsstyrningens problem

Det finns en stark och växande tilltro till kunskapsstyrning som ett verktyg för att styra hälso- och sjukvården. I grova drag är tanken med kunskapsstyrning att kvalitetssäkrad, systematisk kunskap om de bästa behandlingsmetoderna ska sammanställas på central nivå, för att därefter förmedlas ut i till de vårdpraktiker där dessa metoder ska användas. Genom att styra vårdens innehåll på basis av kunskap, är målet ett förverkligande av alla de positiva värden som tillskrivs en ”god” sjukvård: ett högkvalitativt, kostnadseffektivt, rättvist och individuellt anpassat omhändertagande.

Samtidigt som många framhåller värdet av kunskapsstyrning finns det tydliga tecken på att det inte är helt lätt att styra på basis av kunskap. Särskilt två problem brukar uppmärksammas i offentliga diskussioner. Ett första flitigt diskuterat problem är svårigheten att få vårdpraktiken att ta till sig och handla i enlighet med den bästa kunskapen. Det andra problemet är att den kunskap som behövs för att kunna styra vad som ska ske i olika situationer alltför ofta saknas. Gemensamt för dessa två problemställningar är att de inte ifrågasätter den grundläggande tanken bakom kunskapsstyrning. Tvärtom. De stärker idén att inslagen av kunskapsstyrning borde ökas, eftersom större ansträngningar att införa kunskapsstyrning borde minska det oönskade gapet mellan den bästa kunskapen och

den rådande vårdpraktiken och även öka trycket på att ta fram kunskap på områden där den saknas idag.

Figur 1. En stiliserad bild av kunskapsstyrning



Vi menar att det är förenklat att definiera kunskapsstyrningens huvudsakliga problem som att det dels saknas kunskap som underlag för kunskapsstyrning och att det dels föreligger en bristande vilja att ta till sig kunskap hos de som ska styras. Kort sagt, att problemen med kunskapsstyrning kan sammanfattas som kunskapsbrist och implementeringsproblem. Att framhålla en kombination av kunskapsbrist och implementeringsproblem som de huvudsakliga svårigheterna med kunskapsstyrning innebär implicit att det finns stora möjligheter att på ett i grunden okontroversiellt sätt styra och förbättra sjukvården. Det finns goda skäl för många av sjukvårdens centrala aktörer att hålla fast vid en sådan syn på kunskapsstyrningens problem. Inte minst döljer den att kunskapsstyrning kan inbegripa värderingsmässigt komplexa och potentiellt konfliktfyllda ställningstaganden. Genom att framhålla kunskapsstyrning som en lösning som "enbart" dras med kunskapsbrist och implementeringsproblem framställs det ändå som det *i princip* går att styra på basis av ett objektiva och värdeneutralt "bästa vetande".

Vi menar emellertid att om syftet med att kunskapsstyra är att bidra till en förbättrad hälso- och sjukvård så är den nuvarande fokuseringen på dessa två problem olycklig. Samtidigt som det pratas mycket om kunskapsstyrning, diskuteras det alltför lite om vad som händer med kunskap i arbetet med att

förverkliga denna typ av styrning. I kapitlet ska vi peka på behovet av en förskjutning från de ovan nämnda kunskaps- och implementeringsproblemen, till andra utmaningar som vi menar att varje försök till kunskapsstyrning kommer att möta.

Det är viktigt att betona att vår nya problematisering inte är en kritik av det principiella värdet av kunskapsstyrning. Det är högst rimligt att hälso- och sjukvården, som det beskrivs i Ansvarsutredningen, använder de "metoder, åtgärder och behandlingar som visat sig ge bäst förväntat resultat". Vårt syfte är att utveckla ett lärande med utgångspunkt från de svårigheter som uppstått i de försök till praktiskt genomförande av kunskapsstyrning som hittills gjorts i Sverige och i andra länder. Vi menar att dessa svårigheter är av en grundläggande karaktär.

För att använda kunskap i styrning krävs att kunskapen uppfyller krav på samstämmighet, allmängiltighet och stabilitet. Kunskap uppfyller emellertid sällan eller aldrig dessa krav per automatik. Det innebär att det krävs ansträngningar att få kunskap att leva upp till dessa krav, ansträngningar som i sin tur ironiskt nog leder till att kunskapen förlorar mycket av sin styrkraft. De problem som följer när kunskap har formats för att kunna spridas på ett standardiserat sätt möter skiftande lokala praktiker har inte sin grund i en trilskande praktik utan i orealistiska förväntningar.

På de närmaste sidorna ska vi titta lite närmare på idén med kunskapsstyrning. Därefter kommer vi, med utgångspunkt i egna och andra forskares empiriska studier av kunskapsstyrning diskutera några utmaningar som denna idé stöter emot när den skall realiseras. Avslutningsvis formulerar vi några tankar om hur en mer empiriskt grundad diskussion om kunskapens roll i styrningen av hälso- och sjukvården bättre skulle kunna bidra till en önskvärd utveckling av hälso- och sjukvården. En central slutsats för oss är att försök till kunskapsstyrning oundvikligen är försök att få olika fakta, skiftande värderingar och potentiella konflikter att samsas. Det är helt enkelt

inte möjligt att skapa idealiserade sammanhang där en framvaskad värderings- och konfliktfri kunskap kan styra. Ska hälso- och sjukvården kunna möta framtidens utmaningar krävs därför en stor försiktighet i hur försök till kunskapsstyrning kopplas till andra styrsystem. Vi behöver, som en konsekvens, tala mycket mer om kunskapsstyrningens problem om det ska kunna utgöra ett adekvat styrverktyg inom hälso- och sjukvården.

En gammal idé i ny tappning

Det finns olika sätt att visa på de senaste årens ökade intresse för att kunskapsstyra vården. Sen slutet av 1990-talet har flera statliga utredningar förordat kunskapsstyrning som lösningen på vårdens styrproblem. Befintliga myndigheter har getts i uppdrag att underlätta kunskapsstyrning. Nyinrättade myndigheter såsom SBU har getts instruktioner som haft som direkt syfte att öka kunskapsstyrningen. Mer allmänt finns många exempel på hur intresseorganisationer som Sveriges Kommuner och Landsting, professionella sammanslutningar som Läkarförbundet och enskilda vårdföretag och landsting har följt med i trenden genom att utfärda "Kloka listor" och andra kunskapsbaserade riktlinjer. Utanför Sverige har en motsvarande utveckling ägt rum. Det finns kort och gott en uppsjö av aktörer som har tagit på sig, eller fått i uppgift att med hjälp av kunskap påverka de beslut som vårdens praktiker fattar.

Att kunskap är central för styrningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet är inget nytt. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdens personal utföra sitt arbete i enlighet med "vetenskap och beprövad erfarenhet". För att försöka garantera att de som arbetar i vården har tillräcklig kunskap har staten sedan länge utfärdat legitimation till läkare och andra grupper av vårdprofessionella. Som det svenska

utredningsväsendet illustrerar har också kunskap av tradition setts som en central grund för alla typer av politiska och administrativa beslut.

De senaste årens intresse för att kunskapsstyra hälso- och sjukvården bygger emellertid på en ny idé om hur kunskap ska forma de olika verksamheterna. Snarare än att legitimera vårdens utövare och överlämna vårdens innehåll till dem, betonar idén om kunskapsstyrning att också vårdens innehåll kan och bör styras på distans. Som tidigare nämnts ska det här ske genom att ledningen i ett första steg sammanställer kvalitets-säkrad, systematisk (helst vetenskaplig) kunskap om hur vården på bästa sätt ska bedrivas. Därefter ska den kunskapen förmedlas till de som arbetar i vården, till exempel i form av rekommendationer och riktlinjer. Praktiken ska sedan anpassa sig till denna kunskap. På så sätt ska en mer effektiv, rättvis, högkvalitativ och ur olika perspektiv mer värdeskapande hälso- och sjukvård förverkligas.

Det tilltagande intresset för att införa kunskapsstyrning har, liksom många samhälleliga företeelser, en mångfacetterad bakgrund. Det skulle leda för långt att redovisa den här. En aspekt är dock viktig att lyfta fram. Kunskapsstyrning har sin grund i så kallad evidensbaserad medicin, en inomprofessionell rörelse som började växa fram i mitten av 1980-talet i syfte att förbättra den medicinska praktikens kvalitet. Det starka administrativa och politiska intresset för att styra med kunskap har dock lett till att vissa grundtankar i denna inomprofessionella rörelse har kopplats samman med olika administrativa styrverktyg, till exempel system för utvärdering och ersättning.

Den här typen av förflyttningar av idéer och verktyg från ett sammanhang till ett annat är vanliga men viktiga att uppmärksamma. Det spelar roll vem som praktiserar en idé, och i vilket syfte. Att driva idén om en mer kunskapsbaserad vård som en inomprofessionell kvalitetsrörelse är en sak. Att argumentera för värdet av ökad kunskapsbaserad vård vid utformning av admi-

nistrativa ersättningssystem är något annat. Och det är inte uppenbart att – och hur – exempelvis en medicinvetenskaplig diskussion om olika studiers giltighet för andra typer av patienter än de som ingått i prövningen kan förflyttas från ett medicinprofessionellt till ett administrativt sammanhang.

Här framträder konturerna av en central utmaning för införandet av kunskapsstyrning. Diskussioner och insikter centrala för styrning med kunskap kan tystas och skingras just genom att verktyg för kunskapsstyrning förflyttas mellan sammanhang. Något som vi får återkomma till längre fram.

Skyll varken på avsaknad av forskning eller på praktiken

I det här avsnittet ska vi, med utgångspunkt i vår egen och andras empiriska forskning om kunskapsstyrning diskutera några olika utmaningar som kunskapsstyrning i praktiken står inför. Vi menar att dessa problem har sin grund i en idealiserad och orealistisk bild av kunskapens karaktär. Särskilt kommer vi att ifrågasätta tre sammanhängande antaganden som implicit brukar göras när man diskuterar både problemet att få fram den bästa kunskapen och att få praktiken att följa den. Dessa är antaganden om att det finns samstämmig, generaliserbar och stabil kunskap som kan ligga till grund för en entydig styrning.

Vi är inte på något sätt unika i att ifrågasätta dessa antaganden om kunskapens karaktär. Många av dem som är verk samma inom hälso- och sjukvården – vare sig de forskar, formulerar riktlinjer eller arbetar ”på golvet” – är väl medvetna om att antagandena inte är särskilt realistiska. Antagandet har också kritiserats, både i vetenskapsteoretiska analyser och i mängder av empiriska studier av kunskapsproduktion och kunskapsspridning. Närmast ska vi exemplifiera vad den empi-

riskt grundade kritiken av idén om kunskapens samstämmighet, generaliserbarhet och stabilitet har riktat in sig mot. I det följande avsnittet ska vi utveckla vad som utmärker en mer empiriskt grundad beskrivning av kunskapens karaktär. Detta görs genom en betraktelse av vad som händer med kunskap i arbetet med att forma den till något samstämmigt, generaliserbart och stabilt som kan användas till styrning.

Orealistiska krav på kunskapens karaktär

En central förutsättning för att kunna kunskapsstyra vårdens innehåll är att man samlar in och sammanställer kunskap om såväl ohälsa och sjukdom som prevention och behandling. En stor del av de ansträngningar som olika aktörer har gjort att öka kunskapsstyrningen av vården har också fokuserat på detta. Staten har utfärdat myndighetsdirektiv, landsting har tillsatt lokala kunskapsinsamlade enheter och grupper, läkemedelsföretag har förbättrat sin förmåga att ta fram och förmedla såväl medicinsk som hälsoekonomisk kunskap. Implicit bygger alla dessa ansträngningar på att det är möjligt att summera olika kunskaper om en sjukdom och dess behandling till en större, mer heltäckande och rättvisande helhet. Det har emellertid i fall efter fall visat sig att kunskap inte är per automatik samstämmig och kumulativ. På område efter område förefaller insamlad kunskap att vara "mångfaldig".

På ett abstrakt plan har vetenskapsfilosofer påpekat att vetenskapen inte äger – och sannolikt aldrig kommer att äga – någon metod som avspeglar den fullständiga verkligheten. Under de senaste decennierna har även många empiriska forskare, bland annat i sina studier av hälso- och sjukvård, visat att det i praktiken ofta finns flera olika kunskaper om samma fenomen, som inte nödvändigtvis "går ihop".

Ett tydligt exempel på att mer kunskap inte per automatik leder till ökad kunskap, hämtas från den specialiserade ätstörningsvården. I Sverige började denna vård byggas ut i början av 1990-talet. I mitten av decenniet uppstod emellertid stora konflikter mellan olika vårdgivare om vad som orsakade ätstörningar och därmed också hur de på bästa sätt skulle behandlas. Bland annat i syfte att bringa viss ordning om kunskapsläget beslutade därför Vårdalstiftelsen och Medicinska forskningsrådet att anordna ett vetenskapligt symposium. Första dagen fick de inbjudna forskarna i uppgift att göra en inventering av kunskapsläget inom forskningen om anorexi och bulimi. I inledningen till den rapport som producerats på basis av symposiet förklarades att:

Det konstaterades, att det mesta vet vi inte. Fortfarande är etiologin till ätstörningar oklar. Vad betyder neurobiologiska förhållanden, svälten, matvanor, omgivningsfaktorer? Även epidemiologiska fakta saknas: ökar eller minskar sjukdomen? Har det skett förändringar i sjukdomsintrycket, och hur ser de sociala bakgrundsfaktorerna ut? ... [Vi] har dålig kunskap om somatiska faktorer, både initiala risker och longitudinella risker av sjukdomen.

Läser man vidare i rapporten kan man emellertid konstatera att enskilda forskargrupper visste en hel del. Problemet var att medan en grupp visste att den enskilt vanligaste orsaken till anorexi var tvångsmässig personlighetsstörning, visste den andra att när vikten väl återgått till det normala återstod ingen psykopatologi. Till följd av dessa olika kunskaper om ätstörningars uppkomst, fanns det väsentligen olika sätt att behandla sjukdomstillståndet. Exempelvis skulle den tvångsmässiga personlighetsstörningen behandlas med olika typer av terapi. Detta skiljde sig väsentligen från behandling där den låga vikten skulle avhjälpas genom ätträning.

Fallet med den specialiserade ätstörningsvården är ett exempel på att det kan finnas en mångfald av kunskaper om sjukdomar och deras behandling som inte per automatik låter sig summeras. Och ätstörningar är inget undantag. Baserat på en omfattande studie av hur åderförkalkning (arterioskleros) i praktiken diagnostiseras och behandlas har vetenskapssociologen Annemarie Mol argumenterat för att det finns så stora variationer i hur internmedicinare, kirurger, sjukgymnaster, allmänläkare, patologer med flera hanterar denna sjukdom att det inte är *en* utan flera olika sjukdomar som i praktiken diagnostiseras och behandlas utifrån olika kriterier och med olika syften. Ska man från centralt håll försöka formulera kunskapsbaserad styrning är en sådan mångfald av kunskap problematisk. Eftersom olika kunskapsanspråk måste beaktas vid ett och samma tillfälle, blir det nödvändigt att försöka få fram en entydig kunskapsbas.

Ytterligare en komplikation i arbetet med att ta fram en entydig kunskap är att man även måste hantera att kunskap ofta är föränderlig över tiden. Detta strider mot ett vidare antagande om kunskapens karaktär, som hänger ihop med ovanstående tanke om att kunskap är samstämmig och kumulativ: att den är stabil. Att kunskap är stabil är nödvändigt för att det ska vara meningsfullt att sammanställa kunskap inom ramen för centrala försök till kunskapsstyrning. Visserligen finns det en insikt hos regelsättare om att kunskapsläget kan förändras med tiden, varför det finns ett behov av att uppdatera kunskapssammanställningar med jämna mellanrum. Samtidigt är det antaget att det går att fastställa kunskapsläget och sammanställa den relevanta kunskapen vid den tidpunkt som en riktlinje formuleras eller ett beslut fattas.

Många studier visar på att kunskap uppenbart förändras med tiden – vilket kan ha stor betydelse för möjligheterna att ägna sig åt kunskapsstyrning. Ett exempel på hur kunskap kan vara tidsberoende är det principiella problem som föreligger

då LFN ska fatta kunskapsbaserade beslut om vilka läkemedel som ska subventioneras med skattemedel. Myndighetens bedömning ska bland annat ta hänsyn till kostnaden för läkemedelsanvändning, vilket förutsätter information om produktens pris. Frågan är emellertid om det är det rådande priset som ska jämföras, eller ett eventuellt framtida pris? Svaret kan i vissa fall vara av avgörande betydelse, eftersom priset på ett läkemedel som exempelvis förlorar sitt patentskydd tenderar att sjunka kraftigt. Därmed kan olika läkemedels relativa kostnadseffektivitet, som utgör en viktig grund för subventionsbedömningen, väsentligen förändras.

Fallet med LFN och läkemedelspriser är bara ett exempel på hur kunskap som på ett grundläggande sätt påverkar styrningsförsök kan vara föränderlig. Ett lite annat sätt att uttrycka att kunskap förändras över tiden är att kunskap är bunden till ett visst sammanhang i tiden. Kunskap kan även vara bunden till ett visst sammanhang i rummet. Med andra ord så är kunskap inte med automatik så allmängiltig som den borde vara för att det ska vara meningsfullt att förmedla en sammanställning av den bästa kunskapen till diverse olika lokala praktiker som sedan ska agera kunskapsbaserat, med begränsad lokal variation. Det finns många exempel på hur kunskap är betingad av det sammanhang i vilket den produceras och används.

Exempelvis visar en studie av primärvårdsläkare att den roll som läkaren befinner sig i dels påverkar uppfattningen om huruvida en kunskap överhuvudtaget är relevant, dels påverkar hur kunskapen tolkas. Samma läkare använder sig av kunskap på olika sätt när de fattar beslut om enskilda patienters behandling, respektive när de deltar i lokala läkemedelskommittéers arbete med att ta fram rekommendationer för användning av läkemedel. Ytterligare ett exempel på hur kunskap är "perspektivberoende" är att de samhällsekonomiska vinster som kan framkomma i hälsoekonomiska beräkningar

av olika läkemedels kostnadseffektivitet som LFN tar i beaktande vid utvärderingar av subventionsstatus inte med automatik överensstämmer med det som är en enskild organisations relevanta intäkter och kostnader. Med andra ord så finns det ingen uppenbar och automatisk matchning mellan ett landstings ökade läkemedelskostnader och motsvarande (eller större) intäkter för samhället, i form av höjd livskvalitet för patienter. Kunskapen om läkemedels kostnadseffektivitet är således avhängigt ett samhälleligt perspektiv på läkemedelsanvändning.

Sammantaget framträder en bild av kunskapens karaktär som väsentligen skiljer sig från de implicita krav på samstämmighet, generaliserbarhet och stabilitet som idén med kunskapsstyrning förutsätter. Att kunskap har en större mångfald, och är lokal förankrad och föränderlig har betydelse för hur kunskap formas i arbetet med att realisera kunskapsstyrningsförsök.

Hur hanteras orealistiska krav på kunskap i försök till styrning?

Det finns många exempel på att hälso- och sjukvården hårbärgerar en mångfald av kunskaper vid samma eller olika tidpunkter och sammanhang. Att den stora mångfalden i hälso- och sjukvårdens kunskap sällan uppmärksammas förklaras till stor del av att den vardagliga vårdpraktiken har metoder för att hantera denna mångfald utan att behöva reducera den. Till de vanligaste metoderna hör att låta patienten gå från vårdgivare till vårdgivare, snarare än att olika vårdgivare samordnar sig runt patienten vid en tidpunkt. Emellertid fungerar inte den typen av metoder när man från centralt håll ska kunskapsstyra. Då måste olika kunskapsanspråk beaktas vid ett och samma tillfälle. Därmed blir det nödvändigt att försöka få fram en mer

samstämmig, allmängiltig och stabil kunskapsbas. En sådan kunskapsbas går att åstadkomma, men det är inget som sker per automatik. Ansträngningarna kan misslyckas, och även om man lyckas är det man åstadkommer aldrig en avbildning av verkligheten. De följande exemplen visar på olika metoder för att uppnå en mer samstämmig, allmängiltig och stabil kunskap. Tillsammans antyder exemplen att man snarare borde tala om en tillfällig "frysning" av en temporärt stabil kunskap med begränsad räckvidd och förenklat innehåll.

Grovt sett framträder två metoder som kan användas för att skapa den samstämmiga kunskap som behövs för att kunskapsstyra. Antingen kan man utesluta vissa kunskapsanpråk. Alternativt kan man på olika sätt jämkas samman olika kunskaper. I båda fall leder metoderna till en förenkling av kunskapsbasen som ska ligga till grund för styrning.

En sätt att utesluta kunskaper är att skapa en viss inramning av verkligheten. Denna metod kan illustreras med hjälp av en analys av SBU:s sammanställningar av vetenskaplig kunskap om behandling av högt blodtryck respektive fetma. Genom den så kallade evidenstrappen definieras på förhand vad som var relevant kunskap att ta i beaktande. SBU skapar därmed en (mer) entydig kunskapsbas, men den bygger på en avgränsning och en bortdefiniering av kunskap som skulle kunna vara relevant för behandling av högt blodtryck respektive fetma. Många praktiskt verksamma inom vården har exempelvis pekat på bristen av kunskap med tillräckligt god "evidenskvalitet" rörande effekten av livsstilsändringar på såväl högt blodtryck som fetma, och vikten av den enskildes motivation för dessa insatser framgång. Samtidigt underlättas arbetet med att avgränsa kunskap av att den medicinska vetenskapen av tradition fokuserat på att utveckla "stuprörskunskap". Följden är dock att kunskap från "laboratoriemiljöer" gynnas på bekostnad av kunskap som tagits fram i sammanhang som mer liknar förutsättningarna i den vardagliga sjukvård som kunskapen är

tänkt att styra. Detta blir särskilt uppenbart inom ett område som geriatriken (äldreård), där patienter ofta har fler än en sjukdom. Därmed avviker dessa personer från de individer med *ett* sjukdomstillstånd som regelmässigt ingår i olika typer av kliniska prövningar som ger kunskap om t ex läkemedels behandlingseffekt. Att behandla dessa patienter med utgångspunkt från det bästa vetandet inom varje "stuprör" blir inte per automatik den bästa behandlingen för den enskilda patienten.

En annan grundläggande metod för att skapa en enhetlig kunskapsbas är att jämka samman olika kunskaper till en samstämmig helhet. LFN, den statliga myndigheten som har i uppdrag att fatta kunskapsbaserade beslut om vilka läkemedel som ska subventioneras med skattemedel, ska ta hänsyn till medicinsk men också hälsoekonomisk kunskap. I en studie av LFN:s utvärdering av produkter för migrän respektive magsyrarelaterade symptom framträdde några olika sätt att jämka samman en samstämmig kunskapsbas. Dessa metoder användes för att möjliggöra jämförelser av olika läkemedels kostnader och effekter, något som förutsatte jämförbara kostnader, effekter och användningsområden. Vilka som var det relevant jämförbara egenskaperna var inte på förhand givna. Tvärtom, fanns det allt som oftast flera olika källor till kunskap om dessa egenskaper.

Exempelvis fanns det ett stort antal kliniska effektmått för migränläkemedel i olika kliniska studier. Här hanterade LFN mångfalden genom att kalibrera de olika måtten till en minsta gemensamma nämnare: den av International Headache Society förordade "golden standard". I ett annat fall hade LFN att ta ställning till olika avgränsningar av vilka magsyreläkemedel som skulle jämföras. Genom att skapa en diagnosbaserad gruppering, som möjliggjorde en jämförelse av samtliga av gruppens läkemedel vid användning för behandling av fem olika sjukdomar, skapades en jämförelsegrund som byggde på olika sätt att definiera läkemedels likhet och olikhet. I ytterli-

gare ett fall, där det fanns flera motstridiga definitioner av vad som var "läkemedelsanvändningen" (dosering osv), löste LFN problemet med motstridiga kunskapsanspråk genom att privilegiera produktresumén över andra källor. LFN:s olika sätt att jämkä samman kunskapsanspråk är med och formar den sammanhängande kunskapsbas som användes för att motivera myndigheten beslut om läkemedelssubvention. Liksom i ovanstående exempel är följden att den samstämmiga kunskap som realiserats också är en förenklad kunskapsbas. Exempelvis medförde LFN:s ovanstående lösning på frågan om vad som var läkemedelsanvändning, att all användning utanför godkänd indikation (så kallad indikationsglidning) inte ingick i myndighetens utvärdering. Mer detaljerad kunskap om enskilda migränläkemedels effekt försvann också i LFN:s bedömning, eftersom det skulle ha omöjliggjort en jämförelse av olika läkemedel.

Ovanstående exempel lyfter fram olika sätt att realisera en mer samstämmig kunskap genom att minska kunskapens mångfald. För att hantera kunskapers föränderlighet krävs andra metoder. I det tidigare nämnda fallet med LFN och de föränderliga läkemedelspriserna fattade myndigheten ett principiellt beslut om att använda rådande priser i utvärderingen av läkemedels kostnadseffektivitet. Därmed hanterade myndigheten problemet med föränderlig kunskap genom att delegera den framtida osäkerheten om prisutvecklingen till möjliga framtida prövningar av produkters subventionsstatus. Att hålla föränderlighet på avstånd genom delegering i tiden är ett vanligt sätt att uppnå en temporärt stabiliserad kunskapsbas vid en viss tidpunkt. Konsekvensen är emellertid att styrningen som bygger på denna kunskap har en underliggande temporär instabilitet.

Att skapa stabilitet vid en viss tidpunkt genom att delegera osäkerhet i tiden är ett sätt att hantera kunskapens föränderlighet. Det liknar på vissa sätt försöken att uppnå en mer all-

mängiltig kunskap genom att hålla sig på avstånd från det lokala sammanhang i vilket kunskapsstyrningen ska användas. SBU:s användning av en generell evidenstrappa, som är tänkt att användas inom alla terapiområden, är ett exempel på detta.

Ett alternativ till att hantera "lokal kunskap" är att minska avståndet mellan den vetenskapliga kunskapen och verkligheten genom försök att "kunskapsanpassa" den senare. Exempelvis kan vården uppmanas att göra sina patienter mer lika de försökspersoner som det vetenskapliga kunskapsunderlaget är baserad på, exempelvis genom att förändra de diagnoskriterier som används. Detta förekommer i SBU:s riktlinjer för fetma och högt blodtryck, liksom i en studie av utveckling av kunskapsbaserade rekommendationer för alkoholkonsumtion.

Sammantaget framträder en rad olika sätt genom vilket det går att försöka uppnå en samstämmig, allmängiltig och stabil kunskap. Vi har exemplifierat hur kunskap kan bli mer samstämmig genom förenklingar och jämkningar. Vi har även visat hur det går att hantera föränderlig kunskap och göra den mer stabil, till exempel genom delegering i tiden. Slutligen har vi visat på exempel där kan kunskap göras mer allmängiltig genom att skapa distans till den verklighet som ska styras. Det går också att hantera "lokal kunskap" genom att försöka minska avståndet till den styrda praktiken genom att kunskapsanpassa verkligheten.

I samtliga fall menar vi att arbetet med att försöka realisera en samstämmig, allmängiltig och stabil kunskap som går att styra med, också medför att kunskapen formas och förändras. Detta, menar vi, måste få större betydelse för diskussionen om kunskapsstyrningens användning.

Vad diskussionen om kunskapsstyrning borde handla om

Vi har pekat på några utmaningar med att realisera idén om kunskapsstyrning som följer av att kunskap ofta har en stor mångfald, en lokal förankring och en betydande föränderlighet. För att kunna användas i styrning måste kunskap göras mer samstämmig, allmängiltig och stabil. I vår förskjutna problematisering har vi lyft fram exempel på hur arbetet med att skapa sådan kunskap får till konsekvens att den kunskap som ligger till grund för styrning ofta endast är en ”kunskapsfrysning”, en temporär stabilisering av förenklad kunskap med begränsad räckvidd. Med andra ord går det att realisera kunskapsstyrning, men till priset av att man bortser från stora delar av verkligheten. Vi menar på att dessa utmaningar som följer av kunskapens karaktär inte går att lösa entydigt. Vill man utveckla vård borde därför större fokus ligga på några i stort förbisedda problemområden.

Till skillnad från den gängse debatten om kunskapsstyrningens utmaningar, lyfter vårt resonemang fram andra problem än kunskapsbrist och implementeringssvårigheter. En empiriskt grundad betraktelse av kunskapsstyrning i praktiken pekar på att mer kunskap gör det inte med automatik enklare att kunskapsstyra. Ibland kan det vara tvärtom, att mer kunskap leder till mindre samstämmigt vetande och nödvändigheten att bortse från en hel del kunskap. Om arbetet med att fatta kunskapsbaserade beslut eller formulera kunskapsbaserade regler och riktlinjer därmed bygger på en temporärt stabiliserad och förenklad kunskapsbas, blir det både nödvändigt och önskvärt att tolka de resulterande styrningsförsöken för att den ska vara relevant och värdeskapande i ett specifikt sammanhang. Därmed kan lokala vårdpraktikers ovilja att låta sig kunskapsstyras inte entydigt se som en källa till försämrad kva-

litet och effektivitet. Tvärtom kan det i vissa fall vara i högsta grad värdeskapande.

Kontentan av detta är att det är andra frågor som bör diskuteras i hälso- och sjukvårdsdebatten om det finns en reell ambition att realisera en i bred bemärkelse god sjukvård. Vi vill särskilt lyfta fram två sådana frågor:

En första fråga är hur man på lämpligt sätt utformar ersättningsmodeller, utvärderingsmetoder och andra styrsystem som i praktiken tillåter ett systematiskt och systemiskt tvivel kring klokheten i kunskapsstyrningens innehåll. En väldigt strikt tillämpning av kunskapsstyrning, där man till exempel kopplar ersättning till att man följer riktlinjer kan riskera att försämra såväl kvalitet som effektivitet. Istället för att fokusera på hur man lämpligen kan göra vårdpraktiken mer följsam till kunskapsstyrning, borde ambitionen vara att möjliggöra för olika parter att stödja värdeskapande lokala tillämpningar. Särskilt framträdande är frågan hur "den centrala nivån" kan och ska påverka praktiken. Här handlar det inte enbart om att göra beslutsfattare och regelsättare mer kunniga, genom att rusta dem med mer av det bästa vetandet. Det handlar även om att rusta praktiken att kunna vara klok och ibland tvivla på tillämpbarheten av det kunskapsbaserade styrinstrumentet.

En andra fråga är hur en diskussion rörande värderingsmässigt komplexa och potentiellt konfliktfyllda ställningstaganden om hälso- och sjukvårdens inriktning och innehåll ska utformas. Som tidigare nämnts finns det goda skäl för många av sjukvårdens centrala aktörer att hålla fast vid den gängse synen på kunskapsstyrningens problem. Genom att framhålla kunskapsstyrning som en lösning som "enbart" dras med kunskapsbrist och implementeringsproblem framställs det ändå som att det *i princip* går att styra på basis av ett objektiva och värdeneutralet "bästa vetande". Det talas mycket om hälso- och sjukvårdens prioriteringsimperativ. Vi menar på att detta övergripande problem omöjligen kan lösas på ett effektivt eller

legitimt sätt genom att hålla fast vid stridslinjer som dragits med utgångspunkt från en idealiserad och orealistisk bild av kunskapens karaktär.

Ska kunskapsstyrning någorlunda kunna leva upp till sina löften, måste vi nog mycket mer aktivt ta dess verkliga utmaningar på allvar. Vi måste nog med andra ord faktiskt tvivla på kunskapsstyrningens möjligheter, eftersom något annat knappast vore riktigt klokt.

Förslag till vidare läsning

Berg, Marc. 1997. *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices, Inside technology*. Cambridge: MIT Press.

Timmermans, Stefan, och Marc Berg. 2003. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

Fernler, Karin, och Claes-Fredrik Helgesson, red. 2006. *Kloka regler? Kunskap i regelsamhället*. Lund: Studentlitteratur.

”Väldigt få marknader fungerar som den marknad debatten vanligtvis kretsar kring. En konstruktiv diskussion om marknader inom hälso- och sjukvården bör ta marknaders artrikedom och formbarhet som utgångspunkt. Om marknaders egenskaper kan påverkas blir det meningsfullt att kontinuerligt och systematiskt ställa frågor om vilka marknader vi vill ha och hur vi kan skapa dem.”



Claes-Fredrik Helgesson, Docent
Department of Marketing and Strategy
Handelshögskolan i Stockholm
claes-fredrik.helgesson@hhs.se



Hans Kjellberg, Docent
Department of Marketing and Strategy
Handelshögskolan i Stockholm
hans.kjellberg@hhs.se

Vilken vård och omsorg behöver hälso- och sjukvårdens marknader?

Marknader är inte givna

Högljutt och hetsigt diskuteras marknaders vara eller inte vara på hälso- och sjukvårdsområdet. Anhängare av marknadslösningar hävdar att marknader leder till ökad valfrihet, tillgänglighet och entreprenörskap, samtidigt som de borgar för en mer effektiv resursanvändning. Motståndare hävdar att centrala värden som ska värnas av det offentliga går förlorade på marknader, t.ex. en rättvis fördelning av samhällets begränsade resurser. En annan invändning är att försök att skapa marknader leder till "konstgjorda" marknader och en ineffektiv administrativ apparat. Kritiken kan då vara inlindad i uttryck som "kalle-anka-pengar" för att understryka att en ekonomisk ordning *egentligen* inte är en riktig marknad, utan att det handlar om att "leka marknad".

En viktig utgångspunkt för båda sidor i den här typen av polariserande diskussioner är att marknader har givna egenskaper. Marknader antas producera vissa effekter; valfrihet om man "tror" på marknadslösningar eller orättvisor om man "inte tror" på marknadslösningar. Från idén om att marknaden har vissa inneboende egenskaper följer att de konkreta marknader som omger oss, t.ex. de för receptbelagda läkemedel, primärvård eller höftledsbyten, kan vara antingen riktiga

eller oriktiga, naturliga eller onaturliga. Även här verkar båda lägren vara överens, trots att de i övrigt är oense om det mesta.

Vi menar att de här utgångspunkterna är olämpliga om vi skall föra en diskussion om hälso- och sjukvårdens organisering. Baserat på vår egen och andras forskning om marknadsprocesser framstår de snarast som vilseledande. De döljer viktiga frågor om hur marknader organiseras och vilka effekter organiseringen får. Distinktionerna mellan riktiga och oriktiga, respektive naturliga och onaturliga marknader är vare sig praktiskt eller analytiskt användbara för att konstruktivt diskutera marknader, deras organisering och deras effekter. Studier av konkreta marknader ger heller inget stöd åt idén att en marknad har helt givna egenskaper som gör att dess införande på det ena eller andra området alltid får vissa effekter. Istället visar studier att marknader antar många olika skepnader och att en rad olika aktörer bidrar aktivt till deras utformning – köpare, säljare, branschorganisationer, konsulter, myndigheter, professionella sammanslutningar etc. I vissa fall är bidragen inte särskilt genomtänkta, utan snarast att betrakta som oförutsedda konsekvenser av någon aktörs agerande. I andra fall lämnas bidragen på ett mycket medvetet sätt.

När vi nu rycker undan några trygga grundvalar för diskussioner om marknader i hälso- och sjukvården är inte syftet att tysta diskussionen. Tvärtom! En pågående diskussion som engagerar ett brett spektrum av intressenter är i allra högsta grad nödvändig. Den kan till och med ses som en del av det arbete som kan utveckla hälso- och sjukvårdens organisering och olika marknaders roll i densamma.

Syftet med det här kapitlet är istället att identifiera några områden där det behövs avsevärt mer offentlig debatt än vad som är fallet idag. Frågor om hur marknader organiseras och om vilka effekter det får behöver ges större uppmärksamhet. Detsamma gäller för frågor om hur olika aktörer bäst kan rustas för att agera på en viss marknad. Inte minst om vi talar om

situationer där patienter agerar som ett slags marknadsaktörer genom att välja primärvårdsenheter eller genom att välja och köpa läkemedel. För att sätta dessa frågor i ett sammanhang kommer vi först att presentera ett synsätt och några begrepp som vi tror kan vara till hjälp i sådana här diskussioner.

Ett praktikperspektiv på marknader

Marknadslösningar inom hälso- och sjukvården må vara en omdebatterad företeelse, men faktum är att det redan finns ett stort och mångfacetterat antal marknader inom hälso- och sjukvården. Alltifrån läkemedel och medicinskteknisk utrustning till vårdinsatser och arbetskraft utbyts mellan olika mer eller mindre autonoma aktörer. Hur dessa marknader är organiserade varierar, exempelvis med avseende på vilka aktörer som agerar köpare respektive säljare och vilka andra parter som bidrar till att forma marknaderna ifråga. Denna variationsrikedom i organisering gör det svårt att tala om marknaden för läkemedel – än mindre om hälso- och sjukvårdsmarknaden – mer än på en väldigt övergripande nivå. För att på allvar engagera oss i hälso- och sjukvårdens marknader och deras kvalitéer måste vi uppmärksamma de enskilda marknadernas egenheter.

Marknader som pågående praktik

Ett sätt att diskutera marknader med bibehållen känslighet för deras olikheter och varierande effekter är att utgå från de konkreta aktiviteter som bidrar till att forma och upprätthålla en marknad. Med ett sådant synsätt ses marknader som kontinuerliga resultat av pågående praktik. Med begreppet *marknadspraktik* avses alla de konkreta och upprepade aktiviteter

som skapar och formar en marknad. Aktiviteter som krävs för att genomföra ett specifikt utbyte mellan en köpare och en säljare är en form av marknadspraktik. Aktiviteter som skapar bilder av en viss marknad, t.ex. ansträngningar att samla in och sammanställa information om marknaden, är ett annat exempel på marknadspraktik. Aktiviteter som bidrar till att etablera spelregler för marknaden, t.ex. bestämmelser om vilka som får agera köpare eller säljare är en tredje typ av marknadspraktik. Genom att utgå från de konkreta aktiviteter som formar marknaden framstår den som ett resultat av en ständigt pågående organisering snarare än som något som har en oberoende existens. Det innebär även att en enskild marknads egenskaper och effekter inte ses som givna utan som kontinuerligt formade av den pågående marknadspraktiken. Det är det här synsättet som gör att vi i inledningen vände oss emot tendensen att kategoriskt tillskriva entydiga egenskaper till marknader. Det viktiga, menar vi, är *hur* marknader är organiserade.

Genom att uppmärksamma marknaders konkreta och upprepade aktiviteter blir det tydligt att marknaders organisering engagerar långt fler aktörer än de som agerar köpare och säljare. Principiella beslut om vilka aktörer som ska få agera säljare och köpare på en marknad samt kontroll av beslutens efterlevnad är exempel på aktiviteter som ofta utförs av andra än de potentiella säljarna eller köparna. Att skapa och upprätthålla klassificeringar av produkter är ett annat exempel på aktiviteter som kan utföras av andra än säljare och köpare och som bidrar till att forma marknader. När reglerna för läkemedelsförmånen lades om 2002 gavs Läkemedelsverket inflytande över vilka läkemedel som konkurrerade på samma marknad via reglerna för generisk substitution. Statliga myndigheter kan också mer direkt övervaka säljarnas utbud eller under vilka villkor varor och tjänster utbyts.

Det finns kort sagt en mängd olika roller som aktörer kan ha på en marknad, förutom som säljare eller köpare. Många

olika typer av organisationer kan också ikläda sig dessa roller. Statliga myndigheter spelar ofta en central roll, men även andra typer av organisationer kan på olika sätt vara involverade i konkreta aktiviteter på marknader. När de är det, bidrar de också till att forma den aktuella marknaden. Förenklat kan vi se tre huvudsakliga vägar för hur sådana aktörer bidrar till att forma marknaden: genom att forma *vad som utbyts*; genom att forma *hur det utbyts*; samt genom att påverka *de utbytande parterna* (säljare och köpare). Tillsammans formar sådana avvägningar de ”brytpunkter” som blir föremål för marknadsutbyten i ett ekonomiskt system. Kan en ortopedkliniks interaktioner med övriga delar av sjukvårdssystemet organiseras som marknadsutbyten? Vad ska anses höra till infrastrukturen i sjukvårdssystemet och därför inte konkurrensutsätts? Vilken kompetens krävs för att exempelvis köpa respektive sälja anestetikjänster?

Det sistnämnda leder oss in på ett centralt tema som sällan uppmärksammas i tillräcklig utsträckning. Om vi ser aktörskap som något som både kan vara och är föremål för formande aktiviteter väcks frågan om exakt vad som formar våra marknadsaktörer. Vilka intressen och förmågor har de utrustats med? Frågan är kraftfull eftersom den är allmängiltig och kan riktas mot ett stort landsting, ett läkemedelsbolag eller föralldel mot patienter som köper läkemedel. Samtliga är på ett eller annat sätt utrustade för att kunna agera på de marknader de deltar i. En i högsta grad relevant fråga är då vad denna utrustning består i och om den kan anses adekvat utifrån olika perspektiv. Här väcks behovet av att diskutera vilka typer av aktörskap som ska anses önskvärda och, i förlängningen, vilken typ av marknad som ska anses vara önskvärd.

Att tala om marknadsaktörers utrustning kan vid en första anblick synas märkligt. Men vid närmare betraktelse så finns tydliga exempel överallt omkring oss. Varustestet i tidningen som kan hjälpa en konsument att välja TV-apparat; kalkylmo-

dellen som företaget använder för sin prissättning; de förelagda procedurer och principer som en upphandlande enhet har att följa inom ramen för Lagen om offentlig upphandling; etc. Det är snarast svårt att tänka sig en marknadsaktör utan någon form av utrustning.

Om vi accepterar tanken att verktyg kan forma en aktörs förmåga att vara marknadsaktör ligger det nära tillhands att börja fundera på varifrån olika verktyg kommer. Det finns studier som visar hur verktyg baserade på specifika teorier om marknader har påverkat aktörernas förmågor i en riktning som medfört att marknaden allt mer kommit att följa den bakomliggande teorin. Den framväxande marknaden för optioner i Chicago under 1970-talet är ett sådant exempel som i mycket formades av Black, Scholes och Mertons teorier om optionsprissättning. En tydlig teoretisk påverkan på optionsmarknaden var att deras formler användes av mäklarna, vilket ledde till att marknaden gradvis uppförde sig mer likt den teori som sade sig avbilda marknaden. I sitt handlande på marknaden kom mäklarna att alltmer likna de ekonomiskt rationella aktörer som teorin förutsatte. Detta understryker behovet av initierade diskussioner om vilka teorier och teoretiskt grundande verktyg som används vid utformningen av en reform. Det understryker behovet av att reflektera över och diskutera hur aktörer utrustas, hur marknader formas samt vad detta kan resultera i. Om marknader är formbara väcks frågor om vad som är viktigt.

Vad kan marknader åstadkomma och hur?

Vad kan aktiviteter på en marknad åstadkomma förutom utbyten av varor och/eller tjänster? Det krävs inte någon längre inventering av olika teorier och diskussioner om marknader för att få en liten lista på centrala positiva värden som förknip-

pas med vad marknader kan åstadkomma: effektiv fördelning av resurser, kostnadspress, nyföretagande, valfrihet, mångfald, tillgänglighet, konkurrens, utveckling, effektiv produktion, rättvisa o.s.v. Det är inte heller svårt att hitta negativa värden som förknippas med vad marknader kan åstadkomma: orättvis fördelning av resurser, exploatering av felaktigt prissatta gemensamma resurser, exkludering av svaga aktörer o.s.v.

Om vi betraktar listorna med positiva och negativa värden är det lätt att inse att det på en enskild marknad kan vara svårt att maximera alla positiva värden och samtidigt minimera de negativa. I själva verket står många av de ovan nämnda värdena ofta mot varandra. Det finns många teorier och verkliga exempel som tydligt visar det. Joseph Schumpeter, för att bara ta ett exempel från en teori, pekade för mer än 60 år sedan på att det finns en konflikt mellan marknaders förmåga att vara effektiva i stunden och marknaders förmåga att fostra utveckling. Ett i högsta grad relevant exempel från hälso- och sjukvården är hur kriterier för kostnadseffektivitet ska balanseras med behovs- och solidaritetsprincipen samt människovärdesprincipen vid subventionsbeslut fattade av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (tidigare LFN). Här finns en medvetenhet om att det kan finnas motsättningar mellan olika värden.

Problemet är inte att en enskild marknad inte kan åstadkomma allt det goda och inget av de negativa. Marknader skiljer sig dessutom åt genom att de producerar olika mycket av olika värden. Marknaderna för läkemedel, äldreomsorg och primärvård skiljer sig därför inte bara åt i termer av vad som utbyts och vilka som är involverade i dessa utbyten. De skiljer sig också åt när det gäller vilka positiva och negativa värden, och hur mycket av dem, de åstadkommer. Vi kan säga att marknader balanserar olika värden.

Hur denna balans åstadkoms varierar mellan marknader. Vilka kvalitéer hos ett erbjudande som ska vara föremål för konkurrens kan t.ex. skilja sig dramatiskt mellan olika markna-

der. På vissa marknader är priskonkurrens ett centralt inslag, på andra bestäms priserna av någon annan part (staten, en tillverkare i tidigare led, etc.), medan säljarna framförallt konkurrerar med hjälp av serviceerbjudanden. Vad som är den korrekta ansvarsfördelningen på en marknad är långt ifrån självklart utan beror på vilka värden som ska balanseras och vilken balans som anses eftersträfvansvärd.

Att marknader balanserar olika värden har några viktiga konsekvenser. För det första innebär det att vad marknader åstadkommer har en i vid mening politisk sida såtillvida att marknader innefattar konflikter mellan olika värden och i praktiken åstadkommer en värdebalansering. En central fråga här är om den aktuella balanseringen är önskvärd och där är naturligtvis flera ståndpunkter möjliga. Det finns med andra ord alltid utrymme för politik *på* en marknad. En annan konsekvens är betydelsen av beskrivningar av vilka värden som en specifik marknad åstadkommer. Det handlar om sådana beskrivningar som görs inom traditionell konkurrensövervakning, men också om andra former av beskrivningar av vilka effekter den aktuella marknaden producerar. Vilken grad av prispress finns på marknaden? Vilken form av utveckling åstadkoms? Vilka aktörer exkluderas? Osv. För varje enskild marknad behövs en rik mängd beskrivningar för att kunna ge en bild hur olika värden balanseras. I själva verket är förekomsten av många sådana olika beskrivningar nödvändig för ingående diskussioner om den aktuella balanseringen är önskvärd.

Två områden som behöver mer vård och omsorg

Vi har nu hävdat att marknader är formbara och att de bland annat formas av de verktyg som marknadens aktörer utrustas med. Vi har vidare hävdat att marknader balanserar olika vär-

den, att det är centralt att ha bilder över hur olika värden balanseras, samt att marknader har en i vid mening politisk sida. Utifrån sådana premisser framstår ett kategoriskt stöd för eller motstånd mot marknader som en alltför kraftig förenkling. Snarare borde väl debatten handla om vilka värden en marknad åstadkommer, om den nuvarande balansen mellan dessa värden är önskvärd, om aktörernas förutsättningar att agera kan stärkas, etc. Två konkreta områden för konstruktiva diskussioner rör aktörerna och deras förmågor samt vilka problem en marknad uppvisar.

Aktörerna och deras förmågor

Aktörers intressen och förmågor påverkas av hur de utrustas. Aktörers utrustning blir därmed i högsta grad relevant när man från statens sida aktivt söker skapa eller påverka marknader. Om en reform förutsätter att enskilda konsumenter agerar enligt en på förhand given rationalitet ökar sannolikheten att reformens mål uppnås om konsumenterna ges rätt utrustning. Det har ibland konstaterats att avregleringar av marknader inte lett till de tänkta effekterna just för att konsumenterna inte varit så aktiva i att byta leverantörer och därmed skapa tillräcklig priskonkurrens. Sådana observationer antyder att vi inte bör förutsätta att olika aktörer automatiskt antar en given form av aktörskap. Istället krävs diskussioner om vilka former av aktörskap som ska anses önskvärda och hur ett visst aktörskap kan formas med hjälp av olika verktyg, t.ex. stöd för informationsinsamling, bearbetning och incitamentsstrukturer.

Offentlig upphandling är ett område där det till viss del har förts diskussioner om hur marknadsaktörskap formas. Här handlar det om de regler som offentliga aktörer ska följa och de verktyg de ska använda när varor och tjänster ska anskaffas. En invändning som gjorts är att gällande regler kan hämma

utvecklingssamarbeten mellan köpare och säljare. Sveriges kommuner och landsting har också nyligen (juni 2008) invänt att reglerna försvårar kommuners miljöarbete eftersom det inte är tillåtet att ta hänsyn till avstånd i upphandlingen. Den lag om valfrihetssystem för bland annat hälso- och sjukvårdstjänster som bereds (augusti 2008) framställs som ett alternativ till lagen om offentlig handling. Denna nya lag under beredning ska bland annat tillse att de upphandlande enheterna inte bara accepterar leverantörer på basis av pris. På ett principiellt plan handlar sådana här diskussioner om i vilken mån de regler och verktyg som föreskrivs formar ett önskvärt aktörskap.

Läkemedel är ett annat område inom hälso- och sjukvården där det förekommer viktiga diskussioner om vad olika aktörer kan göra. Sett över ett decennium eller så har både läkarnas och patienternas roller förändrats samtidigt som flera nya aktörer har tillkommit. Idag fattar Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (tidigare LFN) beslut om läkemedelssubventioner samtidigt som regionala läkemedelskommittéer har fått ökad betydelse när det gäller läkarnas förskrivningsmönster. Marknaden för läkemedel engagerar nu långt fler aktörer än tidigare och det är fler som vill forma såväl läkarnas som patienternas aktörskap. Ett litet exempel som illustrerar det senare är den information som läkemedelskommittéer lämnar till såväl patienter som läkare. Återigen handlar det om regler och verktyg som formar aktörskap, och intressen att forma det i riktningar som anses önskvärda.

Det finns tydliga exempel på ansträngningar att forma aktörskap inom hälso- och sjukvården och det förekommer också att de diskuteras i sådana termer. Vi menar emellertid att dessa diskussioner vare sig är tillräckligt omfattande eller systematiska. Det ställs sällan explicita frågor om vilka former av aktörskap som ska anses önskvärda och vad olika former av aktörskap skulle innebära för de värden den aktuella markna-

den producerar. Den här tematiken behöver långt mer vård och omsorg. Det gäller inte minst på områden där enskilda individer är tänkta att ikläda sig en köpar- eller väljarroll och därmed utöva någon form av marknadsaktörskap.

Bilder av marknader och deras problem

Ett annat område där marknader behöver mer vård och omsorg handlar om hur vi förstår marknaderna och deras problem. Det handlar med andra ord om hur vi kontinuerligt kan skapa och förbättra vår kunskap om vad marknader åstadkommer. Här ingår kunskapande om de effekter som vi i allmänhet associerar till marknader, t.ex. frågor om konkurrens och pris-sättning. Ett annat viktigt område är ansträngningar att identifiera och skapa kunskap om externa effekter av marknadsutbytet, alltså positiva eller negativa värden som inte direkt avspeglas i utbytet av varor eller tjänster (biverkningar, miljöpåverkan, etc.). Sådana externa effekter uppstår hela tiden på marknader, trots att deras specifika skepnad ofta är oförutsägbar – det går inte att ta hänsyn till allt. Vi har redan tidigare berört att marknader balanserar värden och att det för varje enskild marknad behövs många olika beskrivningar för att kunna ge en bild av dessa balanseringar. Sådana beskrivningar är också nödvändiga för att identifiera oförutsedda externa effekter. I själva verket är förekomsten av många olika beskrivningar ett villkor för ingående och kvalificerade diskussioner om det önskvärda i en viss balansering.

Diskussionerna om en eventuell koppling mellan införandet av Vårdval Halland och en ökad antibiotikaanvändning är ett aktuellt och näraliggande exempel. Det har hävdats att läkare som befinner sig i denna mer marknadslika situation är mer benägna att förskriva antibiotika. Om en sådan koppling kan påvisas, och om graden av antibiotikaförskrivning anses

medicinskt omotiverad, bör detta ses som en negativ extern effekt av den marknadslika organiseringen.

För att en marknad ska kunna sägas fungera måste det finnas former för att identifiera och hantera externa effekter. Det understryker varför det är viktigt med många, kvalitativt olika beskrivningar av en marknad. Externa effekter synliggörs inte av sig själva. Deras identifiering förutsätter en utveckling av aktiviteter som beskriver och skapar kunskap om marknaden och dess problem. Utan sådana aktiviteter blir möjligheterna för en marknad att "tvätta sin egen byk" små. Eftersom externa effekter kan uppträda på de mest oförutsägbara platser, ställer det krav på en både skarpsynt och vidsynt tillsyn av hälso- och sjukvårdens marknader. En viktig förutsättning för det är att tillsynen är mångdisciplinär; det räcker inte med beskrivningar baserade på en uppsättning idéer om vad en marknad är och hur den fungerar.

Marknader måste i regel hantera konflikter mellan olika motstridiga värden. Ändå är diskussionen om hur vi kan beskriva marknader i sådana termer anmärkningsvärt svag och osystematisk. Var finns debatten om hur olika värden bäst balanseras på en marknad, eller om vad en vidsynt tillsyn skulle vara på olika marknader? Dessa frågor, menar vi, behöver mer vård och omsorg.

Hälso- och sjukvårdens marknader är värda att vårda

Syftet med det här kapitlet har varit att identifiera några områden där den offentliga debatten om hälso- och sjukvårdens marknader behöver stärkas. Vi har försökt visa hur debattens kvalitet kan förbättras om vi avlägsnar några skyggglappar kring vad som är en "riktig marknad". Våldigt få marknader fungerar som den marknad debatten verkar kretsa kring. De marknader

som omger oss uppvisar istället en betydande ”artrikedom”, även så hälso- och sjukvårdens marknader.

Vi har förespråkat en öppenhet för att marknadsaktörers egenskaper påverkas av hur de utrustats och att marknadens effekter varken är lätta att identifiera eller givna på förhand. Med en öppenhet för möjligheterna att aktivt påverka marknadens egenskaper blir det meningsfullt att systematiskt ställa frågor om vilka marknader vi vill ha och hur vi kan skapa dem. Marknader framstår som värda att vårda om vi vet att denna vård har betydelse för dem. En sådan inriktning på debatten om hälso- och sjukvårdens marknader skapar förutsättningar för en konstruktiv vård och omsorg.

Fortsatt läsning

Callon, Michel, Yuval Millo, och Fabian Muniesa, red. 2007.

Market devices. Oxford: Blackwell.

Helgesson, Claes-Fredrik, Hans Kjellberg, och Anders Liljeborg, red. 2004. *Den där marknaden: Utbyten, normer och bilder*. Lund: Studentlitteratur.

MacKenzie, Donald, och Yuval Millo. 2003. Constructing a Market, Performing Theory: The Historical Sociology of a Financial Derivatives Exchange. *American Journal of Sociology* 109 (1):107–145.

” *We need wit and courage to make our way while our way is making us. But that is our dignity as human beings, and we rob ourselves if we pardon us by the absolution of historical necessity.* ”

Alexander Herzen till Karl Marx i Tom Stoppards
The Coast of Utopia part III (Salvage)



Claes-Fredrik Helgesson, Docent
Department of Marketing and Strategy
Handelshögskolan i Stockholm
claes-fredrik.helgesson@hhs.se



Hans Winberg, Business Director, MSc
IFL vid Handelshögskolan i Stockholm
hans.winberg@ifl.se

Framtidens sjukvård behöver debatter bortom enkla lösningar och svar

Hälso- och sjukvården är en viktig och vital del av samhället. Det gäller både dess omfång och dess räckvidd in i medborgarnas liv. Men det finns inte en given sanning om hur vi ska utforma den eller dess delar. Eftersom utvecklingen inte är given kan vi alla vara med och forma den. Det krävs såväl mod som humor när vi på allvar ska prata om intressen och värderingar eftersom det finns djupa motsättningar mellan olika intressen och värderingar. Sökandet efter nya sätt att organisera, leda och styra måste ske på flera håll och samtalen måste föras med många röster. Samtalet är en viktig del av processen att forma utvecklingen och att abdikera från idén om samtalets betydelse är att sluta vara människa.

**Där den enda lösningen marscherar in,
vandrar såväl utveckling som debatt ut**

I inledningskapitlet uttryckte vi en kritik mot polariserande debatter. Vi hävdade att de ofta har en funktion att ge deltagarna tydliga politiska identiteter snarare än att leda till en fruktbar utveckling. Vi hävdade också att en debatt kring en populär och enkel skiljelinje kan fungera som en sköld mot att ta itu med de svåra och viktiga frågorna. Det bör ha framgått

att det inte är debatten vi vänder oss mot. Den är nödvändig. Den behövs, inte minst eftersom så många centrala värden ställs mot varandra inom hälso- och sjukvårdens område.

Vad vi vänder oss emot är fastlåsta debatter som döljer både handlingsutrymmen och tystar nödvändiga diskussioner om vilka värden som är centrala. En fastlåst polariserande debatt kan exempelvis handla om argument för eller emot ett visst verktyg. En debatt om huruvida sjukvården måste drivas i en viss form är knappast utvecklande om den inte kopplas till en diskussion om vilka värden vi vill uppnå och hur motstridiga värden kan balanseras. En diskussion om organisering som inte relaterar till sådana viktiga frågor bidrar inte till utvecklingen.

Ändå hamnar vi alltför ofta i debatter där olika medel helt står i centrum. Att vända och vrida på olika medel blir helt enkelt ett samtal i sig och målen kommer i skymundan. Vi får då ett slags verktygens tyranni som tränger undan de angelägna frågorna om vilka värden som är centrala för verksamhetens existensberättigande. Att medel på så sätt kan skymma viktigare frågor är inte unikt för hälso- och sjukvården. Däremot är det kanske extra olyckligt här, eftersom ett framträdande drag hos denna typ av verksamhet är att många olika centrala värden står på spel och att de ofta måste balanseras mot varandra.

Den här boken är ett försök från vår sida att påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i redan genomförd forskning vill vi försöka förskjuta debatter. De olika kapitlen presenterar författarnas olika projekt och bokens kapitel formar i sig inte till en enda entydig röst. Det har inte heller varit vårt syfte. Det för också med sig att vi inte kan sammanfatta boken med en sammanhängande åtgärdslista av lösningar. Vi kan i stället förmedla några avslutande tankar kring hur det skulle vara möjligt att fortsätta förskjuta

debatter och andra former av interaktion som medel för att utveckla hälso- och sjukvården.

Värde kan skapas genom debatt

Ett problem med möten som sker inom ramen för en polariserande debatt är att de formar samtalet till ett spel mellan stabila positioner. Sådana möten ger inte särskilt goda förutsättningar för lärande, värdeskapande och utveckling. Det finns visst situationer där sådana debatter är berättigade, men att ha en sådan logik för alla debatterande samtal är inte fruktbart. Olika samtal måste få ha olika syften.

Samtal om verktyg och ingrepp kan vinnas – om man är överens om värdena och diskussionen handlar om att övertyga alla om vilket verktyg som är det rätta. Sådana samtal för tankarna till den rationella beslutsmodellen. En modell som förutsätter att man utifrån ett givet mål väljer det bästa verktyget. I praktiken är förutsättningarna för sådant beslutsfattande inte uppfyllda. Vi vet inte alltid vad som är målet och vi kan dessutom vara oeniga om hur olika värden bör balanseras. När en sådan situation råder behövs en debatt om värden. En debatt som inte kan vinnas, men som väl kan leda till utveckling och lärande.

Det är märkligt att de debatter som dominerar idag tenderar att vila på premissen att vi är överens om värdena men oense om verktygen. Vår bild är att dessa debatter gör hälso- och sjukvården en stor otjänst.

En av våra deltagare i programmet Värdeskapande i hälso- och sjukvården uttryckte det så här: "En förutsättning för värdeskapande i hälso- och sjukvården är att vi lyckas agera med ett öppet sinne, utan fördomar, och att alla aktörer är viktiga för att skapa resultat. Vi måste kunna/våga släppa vår egen

agenda, lyssna för att förstå hur olika aktörer tänker och agerar.”

För mycket verkstad och för lite snack!

Det finns rätt gott om lösningar och verktyg. Ofta hanterar olika verktyg ett problem i taget och verktyget i sig är en dellösning. Varje enskild verksamhet rymmer inom sig massor av olika ingrepp som vart och ett har sin rationalitet som till exempel ekonomistyrning, kvalitetsregister, kunskapsstyrning med riktlinjer och olika poängsystem. Vi får alltför få diskussioner om hur dessa olika system sam- och motverkar och vilka möjligheter till värdeskapande verksamhetsutveckling de ger. Eller minst lika viktigt vilka möjligheter de förhindrar till värdeskapande verksamhetsutveckling.

Om den polariserande debatten har tagit över samtalen, så verkar verktygen ha tagit över verkstaden. Det här är inte bra. Vi menar att vi behöver en ökad förmåga till reflexiv diskussion och för detta krävs fler arenor för gränsöverskridande samtal. Gränsöverskridande som ger mer utrymme för innovation inom och mellan organisationer. Ledarskapet som efterlyses av många i just hälso- och sjukvårdssektorn främjas också om vi inte låter verktygen helt dominera verkstaden och om vi inte låter polariserande debatter dominera alla former av samtal. Reflekterande samtal om svårigheter, möjligheter och utmaningar ger också det nödvändiga förtroende till de som faktiskt har att verka i verkstaden.

En viktig roll för forskningen är att formulera viktiga frågor kring väsentliga problem och ge förslag på hur problemen kan ses på nya sätt. Vi har utifrån våra olika utgångspunkter försökt presentera just sådana frågor och perspektiv som ett stöd för reflexiva samtal om hälso- och sjukvårdens utveckling. Reaktio-
ner och andra argument är nästa steg i det samtal vi vill bjuda

in till. Det är också tanken bakom formerandet av den akademiska tankesmedjan Leading Health Care. Den här boken är bara slutet på början i att skapa en sådan arena.

EFI – Ekonomiska Forskningsinstitutet

En förteckning över EFI:s samtliga publikationer finns på www.hhs.se/efi
Böcker och avhandlingar är publicerade på det språk som anges av titeln.
Alla beställningar skickas via e-post till: EFI.Publications@hhs.se

Publikationer sedan år 2004

2008

Böcker

Kraus, Kalle. *Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården.*

Portnoff, Linda. *Musikbranschens styrningsproblematik.*

Avhandlingar

Benson, Ilinca. *Organisering av övergångar på arbetsmarknaden : en studie av omställningsprogram.*

Elhouar, Mikael. *Essays on interest rate theory.*

Farooqi Lind, Raana. *On capital structure and debt placement in Swedish companies.*

Granström, Ola. *Aid, drugs, and informality : essays in empirical economics.*

Hvenmark, Johan. *Reconsidering membership : a study of individual members' formal affiliation with democratically governed federations.*

Höglin, Erik. *Inequality in the labor market : insurance, unions, and discrimination.*

Johansson, Marjana. *Engaging resources for cultural events : a performative view.*

Kviselius, Niklas Z. *Trust-building and communication in SME internationalization : a study of Swedish-Japanese business relations.*

Schilling, Annika. *Kan konsulter fusionera? : en studie av betydelsen av identitet vid en fusion mellan konsultföretag.*

Schriber, Svante. *Ledning av synergirealisering i fusioner och förvärv.*

Sjödin, Henrik. *Tensions of extensions : adverse effects of brand extension within consumer relationship.*

- Strandqvist, Kristoffer. *Kritiska år : formativa moment för den svenska flygplans-industrin 1944–1951.*
- Strömqvist, Maria. *Hedge funds and international capital flow.*
- Söderström, Johan. *Empirical studies in market efficiency.*
- Thorsell, Håkan. *The pricing of corporate bonds and determinants of financial structure.*
- Ulbrich, Frank. *The adoption of IT-enabled management ideas : insights from shared services in government agencies.*
- Östling, Robert. *Bounded rationality and endogenous preferences.*

2007

Böcker

- Andersson, Per, Ulf Essler and Bertil Thorngren (eds). *Beyond mobility.* EFI Yearbook 2007. EFI/Studentlitteratur.
- Ericsson, Daniel. *Musikmysteriet : organiserade stämningar och motstämningar.*
- Samuelson, Lennart (red). *Bönder och bolsjeviker : den ryska landsbygdens historia 1902–1939.*
- Wijkström, Filip och Torbjörn Einarsson. *Analysmodell för sektorsöverskridande statistik : fallet vård och omsorg.*

Avhandlingar

- Ahlersten, Krister. *Empirical asset pricing and investment strategies.*
- Alexius, Susanna. *Regelmotståndarna : om konsten att undkomma regler.*
- Andersson, Magnus. *Essays in empirical finance.*
- Berg, Bengt Åke. *Volatility, integration and grain bank : studies in harvests, rye prices and institutional development of the parish magasins in Sweden in the 18th and 19th centuries.*
- Bianchi, Milo. *Of speculators, migrants and entrepreneurs : essays on the economics of trying your fortune.*
- Brodin, Karolina. *Consuming the commercial break : an ethnographic study of the potential audiences for television advertising.*
- Elger, Max. *Three essays on investment-specific technical change.*
- Hagberg, Axel. *Bankkrishantering : aktörer, marknad och stat.*
- Hinnerich, Mia. *Derivatives pricing and term Structure modeling.*
- Hjalmarson, Hanna. *En växande marknad : studie av nöjdheten med konsumtionsrelaterade livsområden bland unga konsumenter.*
- Hjelström, Tomas. *The closed-end investment company premium puzzle : model development and empirical tests on Swedish and British data.*
- Kraus, Kalle. *Sven, inter-organisational relationships and control : a case study of domestic care of the elderly.*
- Lindqvist, Erik. *Essays on privatization, identity, and political polarization.*
- Macquet, Monica. *Partnerskap för hållbar utveckling : systrar av Oikos och guvernanten som blev diplomat.*

- Melian, Catharina. *Progressive open source*.
- Nilsson, Daniel. *Transactions in cyberspace : the continued use of Internet banking*.
- Petrelus Karlberg, Pernilla. *Den medialiserade direktören*.
- Portnoff, Linda. *Control, cultural production and consumption : theoretical perspectives, empirical dilemmas, and Swedish music industry practices*.
- Sköld, Martin. *Synergierrealisering : realisering av produkt synergier efter företags-sammanslagningar*.
- Sonnerby, Per. *Contract-theoretic analyses of consultants and trade unions*.
- Tyrefors, Björn. *Institutions, policy and quasi-experimental evidence*.
- Valiente, Pablo. *Re-innovating the existing : a study of wireless IS capabilities to support mobile workforces*.

2006

Böcker

- Lundeberg, Mats, Pär Mårtensson and Magnus Mähring (eds) *IT & business performance : a dynamic relationship*. EFI Yearbook 2006. EFI / Studentlitteratur.
- Thodenius, Björn. *Organisering av kunskap : en studie av Wallenberg Consortium North*.
- Wijkström, Filip och Torbjörn Einarsson. *Från nationalstat till näringsliv?: det civila samhällets organisationsliv i förändring*.
- Wijkström, Filip, Einarsson, Stefan och Larsson, Ola. *Staten och det civila samhället : idétraditioner och tankemodeller i den statliga bidragsgivningen till ideella organisationer*.
- Östman, Lars. *Lysande ögonblick och finansiella kriser : Dramaten under ett sekel*.

Avhandlingar

- Argenton, Cedric. *Quality provision in duopoly*.
- Beckerman, Carina. *The clinical eye : construction and computerizing an anesthesia patient record*.
- Borglund, Tommy. *Aktievärden i fokus : internationell påverkan på intressentrelationer vid förvärv och fusion*.
- Breman, Anna. *The Economics of altruism, paternalism and self-control*.
- Edquist, Harald. *Technological breakthroughs and productivity growth*.
- Eklund, Jana. *Essays on forecasting and bayesian model averaging*.
- Frostenson, Magnus. *Legitimitetskontrollen : en studie av etiska värderingars roll i gränsöverskridande förvärv och fusioner*.
- Gaspar, Raquel M. *Credit risk and forward price models*.
- Gustafsson, Peter. *Essays on trade and technological change*.
- Hopkins, Elisabeth. *Is a higher degree of local currency pricing associated with lower exchange rate pass-through?: a study of import pricing in 51 Swedish industries*.
- Kling, Ragnar. *Developing product development in times of brutal change*.
- Langenskiöld, Sophie. *Peer influence on smoking : causation or correlation?*

- Lychnell, Lars-Olof. *"Och fungerar det inte, gör vi på något annat sätt" : en klinisk fallstudie av IT-relaterat förändringsarbete i småföretag.*
- Meitz, Mika. *Five contributions to econometric theory and the econometrics of ultra-high-frequency data.*
- Mendicino, Caterina. *Financial market imperfections, business cycle fluctuations and economic growth.*
- Ovanfors, Anna. *Essays on nonlinear time series analysis and health economics.*
- Paltseva, Elena. *Essays on commitment and inefficiency in political economy.*
- Rogberg, Martin. *Den modeföljande organisationen : om acceptansen av TQM och andra populära managementmodeller.*
- Silvennoinen, Annastiina. *Essays on autoregressive conditional heteroskedasticity.*
- Sjögren, Ebba. *Reasonable drugs : making decisions with ambiguous knowledge.*
- Slinko, Irina. *Essays in option pricing and interest rate models.*
- Wilander, Fredrik. *Essays on exchange rates and prices.*

2005

Böcker

- Andersson, Per, Susanne Hertz and Susanne Sweet (red). *Perspectives on market networks : boundaries and new connections.*
- Charpentier, Claes. *IT inom omsorgen. Förväntade effekter av införande av IT-system för utförarna inom äldre- och handikappomsorgen.*
- Dembrower, Maria. *Entreprenörskap i industriella nätverk.*
- Lind, Johnny och Göran Nilsson (red). *Ekonomistyrningens metoder, sammanhang och utveckling : en vänbok till Lars A Samuelson.*
- Samuelson, Lars A. *Organizational governance and control : a summary of research in the Swedish society.*
- Svedberg Nilsson, Karin, Roger Henning och Karin Fernler (red). *En illusion av frihet? : företag och organisationer i det nya regelsamhället. EFI:s Årsbok 2005.* EFI/Studentlitteratur.

Avhandlingar

- Andersson, Martin. *Making a difference : project result improvement in organizations.*
- Arvidsson, Per. *Styrning med belöningssystem : två fallstudier om effekter av belöningssystem som styrmedel.*
- Bems, Rudolfs. *Essays in international macroeconomics.*
- Berg-Suurwee, Ulrika. *Nya trender, nya nämnder : effekter av en stadsdelsnämndsreform inom kultur och fritid.*
- Björkman, Hans. *Learning from members : tools for strategic positioning and service innovation in trade unions.*
- Bođnaruk, Andriy. *Essays in empirical corporate finance and portfolio choice.*
- Clapham, Eric. *Essays in real estate finance.*

- Dareblom, Jeanette. *Prat, politik och praktik : om individers möten med strukturer i en kommunal satsning på kvinnors företagande.*
- Fromm, Jana. *Risk denial and neglect : studies in risk perception.*
- Hjelström, Anja. *Understanding international accounting standard setting : a case study of the process of revising IAS 12 (1996), income tax.*
- Hortlund, Per. *Studies on Swedish banking 1870–2001.*
- Lindahl, Therese. *Strategic and environmental uncertainty in social dilemmas.*
- Linnarsson, Håkan. *Alliances for innovation : a structural perspective on new business development in cooperative ventures.*
- Madestam, Andreas. *Developing credit markets.*
- Nilsson, Roland. *The market impact of short-sale constraints.*
- Nordfält, Jens. *Is consumer decision-making out of control ? : non-conscious influences on consumer decision-making for fast moving consumer goods.*
- Nordin, Fredrik. *Externalising services : walking a tightrope between industrial and service logics.*
- Parmier, Johan. *Essays in empirical asset pricing.*
- Simbanegavi, Witness. *Price discrimination, advertising and competition.*
- Thodenius, Björn. *Användning av ledningsinformationssystem : en longitudinell studie av svenska storföretag.*
- Tolis, Christofer. *Framing the business : business modelling for business development.*
- Östberg, Per. *Corporate disclosure and investor recognition.*

2004

Böcker

- Ahrne, Göran och Nils Brunsson (red). *Regelexplosionen.*
- Lind, Johnny. *Strategi och ekonomistyrning : en studie av sambanden mellan koncernstrategi, affärsstrategi och ekonomistyrning.*
- Lind, Johnny och Walter Schuster (red). *Redovisningens teori, praktik och pedagogik : en vänbok till Lars Östman.*
- Sevón, Guje och Lennart Sjöberg (red). *Emotioner och värderingar i näringslivet. EFI's Årsbok 2004.*
- Wijkström, Filip and Stefan Einarsson. *Foundations in Sweden : their scope, roles and visions.*

Avhandlingar

- Anderson, Anders. *Essays in behavioral finance.*
- Balsvik, Gudrun. *Information technology users : studies of self-efficacy and creativity among Swedish newspaper journalists.*
- Blix, Magnus. *Essays in mathematical finance : modeling the futures price.*
- González Gómez, Andrés. *Nonlinear dynamics and smooth transition models.*
- Grönqvist, Erik. *Selection and moral hazard in health insurance : taking contract theory to the data.*

- Ivarsson Westerberg, Anders. *Papperspolisen : den ökande administrationen i moderna organisationer.*
- Jutterström, Mats. *Att påverka beslut : företag i EUs regelsättande.*
- Jönsson, Kristian. *Macroeconomic aspects of capital flows to small open economies in transition.*
- Larsson, Pär. *Förändringens villkor : en studie av organisatoriskt lärande och förändring inom skolan.*
- Lagerwall, Björn. *Empirical studies of portfolio choice and asset prices.*
- Malmsten, Hans. *Properties and evaluation of volatility models.*
- Marshall, Cassandra. *Dating for innovation : recognizing and creating opportunities in fluid environments through collaborative interorganizational relationship.*
- Mattsson, Susanna. *På gränsen mellan ordning och oordning – tingens betydelse vid marknadsombildningar : en studie av svenska postväsendets ombildning under 1990-talet.*
- Nilsson, Charlotte. *Studies in environmental economics : numerical analysis of greenhouse gas policies.*
- Nilsson, Hans. *Medborgaren i styrsystemet : beskrivning av VAD och HUR i styrning av kommunal verksamhet.*
- Nystedt, Jens. *Competition, regulation and integration in international financial markets.*
- Pajuste, Anete. *Corporate governance and controlling shareholders.*
- Richtnér, Anders. *Balancing knowledge creation : organizational slack and knowledge creation in product development.*
- Salabasis, Mickael. *Bayesian time series and panel models : unit roots, dynamics and random effects.*
- Sandberg, Rickard. *Testing the unit root hypothesis in nonlinear time series and panel models.*
- Skallsjö, Sven. *Essays on term structure and monetary policy.*
- Strikholm, Birgit. *Essays on nonlinear time series modelling and hypothesis testing.*
- Söderström, John. *Från produkt till tjänst : utveckling av affärs- och miljöstrategier i produktorienterade företag.*
- Talia, Krim. *The Scandinavian Currency Union, 1873–1924 : studies in monetary integration and disintegration.*

Detta borde vårddebatten handla om

Något så viktigt som hälso- och sjukvården behöver en livlig debatt. Den behöver en debatt som gör mer än att förse politiken med tydliga profileringsfrågor, hjälpa industrin att få fram sina produkter eller främja de medicinska professionernas försök att värna sina ställningar. Denna bok vill lyfta debattområden som kan utveckla vården som ett värdeskapande system. Författarna är samtliga aktiva forskare på Handelshögskolan i Stockholm från olika inriktningar inom de ekonomiska vetenskaperna. Det som förenar oss är ett långvarigt engagemang och intresse för frågor om hälso- och sjukvårdens ledning, organisering och styrning. Boken är resultatet av ett färskt initiativ där vi rev våra egna stuprör och började tala med varandra över subdisciplinernas murar. Samtidigt sträckte vi ut handen till sektorns sinsemellan väldigt olika aktörer. Vi ser denna bok som en början på ett längre samtal och gemensamma forskningsprojekt i olika konstellationer. Boken är ett första resultat från den akademiska tankesmedjan Leading Health Care.



Redaktörer: Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg
www.leadinghealthcare.se



EFI THE ECONOMIC RESEARCH INSTITUTE



IFL EXECUTIVE EDUCATION

ISBN 978-91-7258-760-1