

Leading Health Care Hälsa per krona nr 1

report

Ebba Sjögren, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij.



HÄLSA TILL VARJE PRIS?

KRONOR I VÅRDEN, VAD VÄRDERAR
VI MED PENGARS HJÄLP?

DAGS ATT STYRA MOT HÄLSA!



INNEHÅLL

Inledning med bakgrund till gruppen	3
Hälsa till varje pris?	4
Vad gör en uppstyckad styrning för sammanhängande vårdkedjor?	7
Kronor i vården: vad värderar vi med pengars hjälp?	8
Investeringar i hälsa: en brygga mellan vertikal och horisontell styrning	10
Hur göra hälsoutfall till verksamhetsmål?	10
Dags att styra mot hälsa!	13
Referenser	14
Diagram	15



*I*nom vården är diskussionerna om ersättningsystem – hur vi ska fördela de pengar vi satsar, och uppföljnings- och utvärderingssystem – hur tar vi reda på vad vi fick för pengarna ständigt aktuell. Förra våren tog AstraZeneca ett initiativ till att låta Leading Health Care, då en enhet inom IFL vid Handelshögskolan i Stockholm, leda en fokusgrupp för att vidga synen på vad varje vårdkrona är värd för patienter och medborgare. Gruppen har arbetat utifrån rubriken Hälsa per krona – ett patientorienterat perspektiv för att mäta, följa upp och ersätta resultat i svensk hälso- och sjukvård.

”När värde skall bedömas behövs flera olika perspektiv och vårdade möten dem emellan.”

Avsikten har inte varit att presentera en färdig lösning – det är inte ens säkert att det finns en sådan patentlösning eller att en enda lösning ens är eftersträfvärd. När värde skall bedömas behövs flera olika perspektiv och vårdade möten dem emellan. Fragmenterad styrning på små enheter är oberoendeframkallande, i den mening att enheter mäts på sina egna resultat och inte i relation till andra enheters. Diskussionerna i gruppen har handlat om vilka beroenden som finns utifrån verksamheter, uppdragsgivares och ytterst samhällets

perspektiv och som borde påverka styrning och uppföljning. Ur varje patients synvinkel är ju vägen genom och mellan olika enheter den som skapar värde. Vår ambition har varit att föra samman en grupp med djup kompetens och bred förankring inom hälso- och sjukvården, myndigheter och näringsliv samt akademien. Arbetet har bedrivits under tre heldagar med djupa dialoger. Följande personer ha medverkat i samtalen:

Lars Andåker, då landstingsdirektör i Sörmland

Mats Bauer, VD i Svenska Läkarsällskapet

Thomas Berglund, VD i Capio

Catarina Bergman, Country Manager AstraZeneca Sverige

Kjell-Olof Feldt

Steinar Höeg, Director External Affairs Europe, AstraZeneca Sverige

Agneta Jansmy, landstingsdirektör i Jönköpings läns landsting

Stig Nyman, landstingsråd (KD) i Stockholms Läns Landsting

Göran Stiernstedt, direktör på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Ann-Cristin Tauberman, Generaldirektör vid Socialdepartementet

Hans Winberg, Generalsekreterare stiftelsen Leading Health Care

Diskussionerna har varit livliga och givande och en del av resultatet återfinns här. Dock ansvarar de fyra författarna för texten ensamma. Vi hoppas dock att läsningen är lika givande som våra diskussioner varit.

Stockholm i november 2010

Hans Winberg & Steinar Höeg

Hälsa till varje pris

Två påståenden återkommer ofta i sjukvårdsdebatten: det ena är behovet av besparingar och det andra är att finansieringen av hälso- och sjukvården är otillräcklig. Båda påståenden handlar om hushållning; det ena manar oss att hushålla bättre med våra resurser, det andra hävdar underförstått att mer resurser skall satsas på vården. Vilket perspektiv är sant? Kostar god vård för mycket idag? Eller är det så att det enda sättet att hantera resursbrist är att skjuta till mer pengar?

Vi vill hävda att inget av perspektiven kan betraktas som det sanna eller rätta. Och det eftersom priset – eller, om man så vill, den direkta kostnaden – för hälso- och sjukvården inte är en fullgod representation av de värden som tas i anspråk eller realiserar. För att veta vad vi får för våra satsade pengar måste vi föra samtal om vilket värde, eller rättare sagt vilka värden, vi ska tillgodose och därmed mäta för att avgöra om vi lyckats göra rätt för de pengar vi satsat.

Hälso- och sjukvårdens yttersta uppdrag är hälsorelaterat: att minska sjukdom och främja hälsa i befolkningen. Men betraktar man den styrning som sker av hälso- och sjukvården så framträder – lite tillspetsat – en ekonomi i balans som det 'högsta goda' som en given verksamhetsföreträdare kan prestera. Om man inom en viss verksamhet inte hållit budgeten för året, då har det per definition inte gått bra.

Vi hävdar inte att en budget i balans är oväsentlig. Däremot är det relevant att ställa frågan i vilken mån som den nuvarande (ekonomi) styrningen av varje aktör inom hälso- och sjukvården på ett meningsfullt sätt stödjer strävan efter goda resultat utifrån det övergripande samhällsliga verksamhetsuppdraget.

Hälsouppdraget är idag ofta svårt att mäta i den direkta verksamhetsstyrningen, där prestation mäts och värderas i form av insatser som exempelvis antal vårdepisoder och direkta kostnader för personal, läkemedel och så vidare. Vanligen kopplar vi inte hälsoutfallet av dessa olika insatser till resursfördelningen. Istället arbetar vården oftast i mer eller mindre slutna system. Slutna system i så måtto att det är enskilda organisationers produktion som utvärderas, varför relevanta utfall som dyker upp i vårdkedjan som helhet, snarare än organisationen som 'delhet', kan försvinna (se Öhrming 2008). Men ibland också slutna på så sätt att fokus förskjuts till mer eller mindre komplicerade omräkningar av för-

väntade och faktiska resurser, delvis fränkopplat verksamhetens faktiska innehåll (se Forsberg 2001; Landstingsrevisorerna 2002).

De möjliga konsekvenserna av ett huvudsakligen kostnadsorienterat fokus på styrning av resultat-enhetsnivån är flera. En konsekvens är att verksamhetsmässigt beroende aktörer kan bli ekonomiskt oberoende av varandra. Konkret kan detta medföra att samordningen av insatser i vardagen blir onödigt utmanande. Det uppmärksammade problemet som finns med att enskilda patienter bOLLAS mellan olika vårdgivare och/eller huvudmän är ett uttryck för detta problem (se Cederqvist 2008; Essler 2008). Dessa fall kan uppstå på grund av bristande ansvarstagande hos någon aktör. Men, det kan också vara så att alla parter har 'gjort sitt' enligt de ersättnings- och utvärderingssystem som finns på plats – men ändå brister helheten (se Kraus 2007).

Att finansiellt särkoppla verksamhetsmässigt beroende delar av en vårdkedja riskerar också att på längre sikt låsa fast befintliga strukturer. Med fler självständiga verksamheter, som var och en inte täcker hela vårdkedjan, torde det bli svårare att förändra var aktiviteter organiserar och hur resurser fördelas mellan olika enheter. Det långsiktiga arbetet med att realisera en mer utbyggd närsjukvård, där vården av t ex kroniskt sjuka flyttas från sjukhusbaserad specialistvård ut till öppenvården, torde ställas inför denna utmaning.

Tidigare studier pekar på att ersättningssystem som utformas för att ge effektivitets- och produktionsincitament på organisationsnivå kan ge snedvridningseffekter på systemnivå, t ex genom att skapa incitament för att behålla patienter inom den egna organisationen, snarare än att flytta dem till en mer lämplig vårdnivå (Lindgren och Carlsson 1995). En annan utmaning är att ersättningssystemen inom olika vårdgrenarna är uppbyggda utifrån skilda logiker och ger därför olika incitament (Landstingsrevisorerna 2002).

Insikten om att en organisationspecifik styrning skapar verksamhetsmässiga revir som försvårar den nödvändiga samordning som måste ske mellan organisationer inom en vårdkedja är inte ny.¹ Ett försök att förskjuta perspektivet från att styra på enskilda organisationers kostnader, till att styra mer på värde i vårdkedjor är de olika former av pay-for-performance (Pfp)

initiativ som lanserats under senare år. Pfp är ett försök till att koppla olika aktörers insatser till ett gemensamt utfall.

Inspiration har hämtats från hälsoekonomins sätt att räkna på såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter av aktiviteter. En fördel med idén om Pfp är att den bryter upp indelningen i olika finansiella resultatenheter. Samtidigt pekar svårigheten på att inför Pfp på utmaningen med att operationalisera mer samhällsekonomiska analyser i styrningen av enskilda organisationer.

Det finns visserligen inget principiellt problem för samhällsekonomiska kalkyler att ta hänsyn till en budgetrestriktion. Det finns heller inget principiellt problem med att avgränsa en samhällsekonomisk analys till en viss organisation.² I praktiken kan det emellertid uppstå svårigheter. En utmaning är att bestämma vad som är gränserna för den relevanta vårdkedjan, och vad som utgör ett relevant utfallsmått.

En ytterligare utmaning följer av att kostnader och utfall av sjukdomsförebyggande och hälsoförbättrande insatser typiskt sätt spänner över både tid och organisationsgränser. Därmed krävs kunskap om – men framförallt kontroll av – de resurser som måste tas i anspråk inom dessa olika organisationer. Så är sällan fallet. I Sverige föreligger ett decentraliserat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Det är därmed i praktiken svårt att tänka sig att samhällsekonomiska kalkyler fullt ut kan styra resursfördelning i mikroperspektivet, eftersom ingen part har beslutanderätt över alla delar i hälso- och sjukvårdssystemet.

Trots dessa utmaningar förefaller det samtidigt orimligt att vi som samhälle, och beslutsfattare inom enskilda organisationer, ska undvika att låta oss influeras av ett samhällsekonomiskt tankesätt (se Öhrming 2008). Kort sagt, att ta hänsyn till att kostnader i vården kan t ex minska kostnader som uppstår i andra delar av det offentliga systemet – också i framtiden. Ett sådant angreppssätt ligger nära vad vi skulle karakterisera som ett "investeringsperspektiv" på hälso- och sjukvård. I ett offentligt finansierat sjukvårdssystem finns både möjligheten och, hävdar vi, skyldigheten att se ett större helhetsperspektiv än enskilda resultatenheter. Definitionsmässigt finns inte denna möjlighet på samma sätt i ett marknadsdrivet system, då det saknas en finansiell huvudman.³ ﷺ

1. Efter ett antal större reformer inom hälso- och sjukvårdens organisering – bl a ÄDEL och psykiatireformen – har flertalet utvärderingar pekat på utmaningar i samverkan mellan kommun och landsting, särskild för vissa patientgrupper, t ex äldre med komplexa och sammansatta behov (Socialstyrelsen 1996, 1999, 2002). Till följd av detta har det också från politiskt håll tagits en rad olika initiativ för att stärka samverkan, bl a i form av riktad resurstilldelning under början av 2000-talet. Ett argument för dessa initiativ har varit behovet av att bättre hantera gränsdragningsproblem som uppstår rörande betalningsansvar (Prop. 2002/03:20, s. 32-33).

2. Exempelvis så har National Institute for Clinical Excellence (NICE) i England till uppgift att utvärdera konsekvenserna av olika hälsofrämjande insatser för National Health Service (NHS). 3. I detta sammanhang är det relevant att påminnas om hur integrerade vårdssystem i USA som uppmärksammats för sin förmåga att bedriva högkvalitativ vård med god kostnadseffektivitet har organiserat sig. Exempelvis Kaiser Permanente i Kalifornien och Intermountain Health i Utah har byggt vertikalt integrerade system (Calltorp och Maathz 2009; Ham et al. 2003). Med andra ord så organiseras dessa verksamheter på ett sätt som ger upphov till ett verksamhetsdrivet huvudmannaskap som mer liknar det helhetsansvar som finns i offentligt finansierade system som Sverige.






Vad gör en uppstyckad styrning för sammanhängande vårdkedjor?

Det finns få – om ens några – delar av hälso- och sjukvården som var för sig kan göra anspråk på att skapa värde. Tvärtom. För det mesta krävs det att flera olika parter samspelar för att vi ska kunna ge fullgod behandling eller omvårdnad. Även en skenbart enkel åtgärd som exempelvis ett blodprov, kan kräva insatser av olika professionella grupper, användningen av flera mät- och analysmetoder och samverkan mellan olika resultatenheter inom öppen- och slutenvård. För att dessa olika aktörers arbete och resurser ska hänga ihop krävs samordning – och styrning mot gemensamma verksamhetsutfall. Insikten om att denna styrning är svår att uppnå växer. Detta inte minst när ömsesidigt beroende aktiviteter sker inom olika organisatoriska enheter.

Det är allmänt vedertaget att hälso- och sjukvårdsverksamhet är svår att styra. Ingen skulle samtidigt hävda att det saknas försök att styra. Tvärtom. Det är uppenbart att hälso- och sjukvårdsverksamhet är utsatta för en mängd olika typer av styrning. Varje sjukvårdsverksamhet, vare sig den drivs i privat eller offentlig regi, påverkas av starka krav på ekonomisk resultatstyrning, jämförelser med utgångspunkt från nationella kvalitetsregister, ökad processorientering, följsamhet till diverse behandlingsriktlinjer, deltagande i system för registrering av följsamhet till läkemedelslistor osv. Ur ett kliniskt perspektiv har vi en uppsjö av styrmodeller och verktyg som långt ifrån alltid drar åt samma håll.

”En mer konstruktiv och hållbar väg framåt är att laborera med formerna för att synliggöra de spänningar som finns mellan de olika värden hälso- och sjukvården förväntas realisera på ett mer systematiskt och praktiskt sätt.”

Vi tror inte att en önskvärd lösning på de ömsesidiga beroenden och den mångfald av styrning som finns inom hälso- och sjukvårdssektorn är skapandet av en stor ”organisation för alla” eller ett gemensamt ”styrsystem för allt”. Ett sådant arbete är varken praktiskt genomförbart eller principiellt önskvärt. En mer konstruktiv och hållbar väg framåt är att laborera med formerna för att synliggöra de spänningar som finns mellan de olika värden hälso- och sjukvården förväntas realisera på ett mer systematiskt och praktiskt sätt. Att det finns inneboende värdekonflikter som inte enkelt kan organiseras bort, men däremot är väsentliga att hantera, blir tydligt vid en närmare betraktelse av vilka kronor som används för att värdera och prioritera ekonomiska resurser inom hälso- och sjukvården. 

Kronor i vården: vad värderar vi med pengars hjälp?

Användningen av ekonomiska mått för att värdera och synliggöra hälso- och sjukvården har haft en explosionsartad tillväxt under de senaste decennierna. Men vad är det egentligen vi värdera och styr mot när man sätter kronor och ören på verksamheter inom hälso- och sjukvårdssektorn?

Pengar är alltid en representation, en omräkningsfaktor för olika typer av resurser. Gemensamt för dessa resurser är att vi använder dem för att skapa värde. Detta värdeskapande kan ske på olika platser i hälso- och sjukvårdssystemet. Det skapade värdet kan också realiseras över tiden. Därtill kan det finnas olika dimensioner i vad som betraktas som 'värdefullt', t ex medicinsk kvalitet och patientupplevt bemötande. Samtliga av dessa aspekter kan på olika sätt återspeglas i pengar. Därmed krävs en medvetenhet om vad de kronor vi räknar borde representera, och vad de faktiskt kan sägas representera. Vi menar nämligen att det finns bestående spänningar mellan de olika sorters kronor som används ute i vårdens verksamheter, mellan olika organisationer i hälso- och sjukvårdssektorn respektive på samhällsnivån.

En sådan spänning kommer av att en värdeskapande verksamhetsstyrning av hälso- och sjukvården som sektor måste bestå av två parallella processer (Kraus och Östman 2008). Dels en vertikal styrdimension, som kopplar samman uppdragsgivare, ledning och medarbetare inom varje enskild organisation, vanligen genom en budget. Dels en horisontell styrdimension som kopplar samman olika organisationers arbete och tar sin utgångspunkt i de ömsesidiga beroenden som dessa aktiviteter har till varandra för att ge upphov till ett positivt gemensamma utfall, till exempel i form av minskad sjukdom eller ökad hälsa. En betraktelse av hälso- och sjukvården ger starkt stöd för att dessa två styrdimensioner i hög utsträckning hålls åtskilda.

Den ekonomiska styrning som traditionellt sker av och inom enskilda organisationer tar sin utgångspunkt i den vertikala styrdimensionen. Från senare delen av 80-talet har en rad relativt likartade reformer inom de svenska landstingen – såsom beställar- och utförarorganisationer, interna resultatenheter och ökad valfrihet för patienten – betonat decentralisering av beslutsfattande (Hallin och Siverbo 2002). Detta har bl a lett till skapandet av många nya organisationsenheter. I takt med att hälso- och sjukvården omorganiserats och decentraliserats som ett led i att öka inslaget av marknadslänkande styrmekanismer, har antalet resultatenheter ytterligare ökat (Paulsson 1993). Verksamhet bedrivs därmed i högre grad mellan organisationer (Blomgren 1999; Brunsson och Sahlin-Andersson 2000). För det första har de typiskt sett en kort tidshorisont, vanligtvis ett budgetår. För det andra värderar de endast direkta kostnader och intäkter för den aktuella resultatenheten. Därtill följer den budgetekonomiska kronan strikt organisationsgränsen, d v s det som händer utanför resultatenheten kan heller inte synliggöras på enhetens resultat- eller balansräkning. Utifrån detta perspektiv blir införandet av en ny behandlingsmetod under ett visst år organisatoriskt ogenomförbar om inte åtgärden är budgetneutral under budgetens tidsperiod. För att vara budgetneutral måste behandlingsmetoden antingen genast leda till minskade kostnader eller ökade intäkter för resultatenheten. ➔



➔ Alternativet är att organisationen snabbt kan skapa ett budgetutrymme genom att avsluta eller dra ner på annan verksamhet. Sammantaget innebär det en styrning som i hög utsträckning anlägger ett "här och nu"-perspektiv, där det finns en nära koppling till en avgränsad tid och rum. Det som händer i framtiden – både inom verksamheten och med de patienter som behandlats inom verksamheten och kanske går vidare till någon annan (resultat)enhet – syns inte.

Dessa saker faller utanför styrningens ramar. Att värde definieras på detta smala sätt kan få stora konsekvenser i praktiken. Detta inte minst i ett hälso- och sjukvårdssystem som det svenska, där vi sett en successiv decentralisering av resultatansvar till allt mindre enheter (cf. Brorström 1995; Hallin och Siverbo 2002; Kraus och Lind 2009). Genom att dela upp resultatansvar på fler och fler organisationer, blir det mer och mer saker som faller utanför varje enskild organisations "styrfält".

Den ekonomiska styrning av hälso- och sjukvården som sker på samhällsnivå, t ex genom arbetet som bedrivs av statliga myndigheter som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, tar i större utsträckning sin utgångspunkt i samhällsekonomiska utvärderingar. I dessa analyser används vanligen någon form av hälsoekonomiska kronor för att bedöma exempelvis kostnadseffektiviteten av olika insatser.

Hälsoekonomiska beräkningar karakteriseras av möjligheten till en jämförelse längre tidshorisont, allting från några år till flera decennier. Det som värderas är såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter. Var en kostnad eller intäkt uppstår inom det avgränsade fält som betraktas har heller ingen betydelse. Ett fält kan vara t ex ett land, en region eller – som i fallet med den brittiska myndigheten NICE – en nationell sjukvårdsorganisation. När en kostnad eller intäkt uppstår spelar mindre roll.

"Det som händer i framtiden – både inom verksamheten och med de patienter som behandlats inom verksamheten och kanske går vidare till någon annan (resultat)enhet – syns inte."

På den svenska motsvarigheten till brittiska NICE, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, har man exempelvis fram till nu tolkat lagstiftningen på ett sådant sätt att man inte explicit tagit hänsyn till eventuella budgetrestriktioner som ett visst landsting har för läkemedel under det kommande (budget)året. Sammantaget betyder detta att en direkt ökad kostnad för läkemedelsanvändning inom den landstingsfinansierade sjukvården under år 1 ger upphov till minskade kostnader för slutenvården under år 2 och 3 och minskade kostnader för sjukskrivning under år 4 är inte problematiskt per se, om det är den samhällsekonomiska effekten för Sverige som analyseras under den aktuella tidsperioden.

Det är således en styrning som i högre utsträckning har anlagt ett "här och där"-perspektiv, där det som ansetts relevant att synliggöra och värdera inte varit strikt avgränsat i tid och rum.

Skillnaden i hur olika kronor värderar tid och tar hänsyn till organisationsgränser är en viktig grund för att vi ska kunna förstå varför en behandlingsmetod eller arbetsätt kan vara uppenbart samhällsekonomiskt lönsamt att införa, men budgetekonomiskt omöjligt att realisera. Ett problem är dock att denna spänning mellan vertikal och horisontell styrning i dagsläget sällan synliggörs annat än på 'verkstadsgolvet'. Men där saknas det ofta möjligheter – och mandat – att på eget initiativ hantera dylika krocker. ☺

Investeringar i hälsa: En brygga mellan vertikal och horisontell styrning

Vi menar att spänningarna mellan vertikal styrning och horisontell samordning alltför sällan diskuteras explicit. Därmed riskerar debatten om hur man kan och bör styra vården att fastna i en problematisering av enskilda verktyg för mätning och resultatstyrning, men då alltid inom ramen för för-givet-tagna tankestrukturer.

Det är inte någonting inneboende problematiskt att vi använder olika kronor för styrning. Men det förutsätter att vi i högre utsträckning låter våra budgetsystem informeras av det hälsoekonomiska sättet att conceptualisera värde som mer än bara direkta kostnader för en resultatenhet. Det kan diskuteras om inte hälsoekonomins roll bör vara att maximera hälsoutfallet inom en begränsad budgetram.

För att detta skall kunna implementeras på ett trovärdigt sätt följer också att hälso- och sjukvårdens ansvar måste utökas till att avgöra vilka befintliga metoder och teknologier som måste avslutas för att lämna plats för nya arbetssätt. Mer 'kloka kronor' är sådana som har en medvetenhet om budgetrestriktioner men en längre tidshorisont och bredare perspektiv på värde och värdeskapande än direkta kostnader (och intäkter). Här är det fruktbart att jämföra med sättet på vilket investeringskalkyler görs.

Att anlägga ett "investeringsperspektiv" på hälso- och sjukvårdens

arbete öppnar för ett delvis annorlunda perspektiv på vad som är värdefullt – både för enskilda organisationer, och för hälso- och sjukvårdssystemet som större helhet. Dels skapas förutsättningar för en mindre smal optimering av den egna verksamheten under innevarande budgetår. Samtidigt kvarstår behovet av att ta hänsyn till de begränsningar i resurser som alltid och ofrånkomligen råder.

Som koncept har begreppet "investering" fördelen att den torde spanna över professionsgränser – såväl medicinska som ekonomiska. Det finns tankemässiga fördelar med att se hälsa som en form av kapital snarare än en förbrukningsvara, eftersom av det följer att sjukdom utgör en kostnad eller förbrukning av det befintliga hälsokapitalet.

Men som en kritisk del i detta arbete behövs en diskussion om hur vi värderar hälsa, och hur vi conceptualiserar vilka goda utfall som ska skapas genom användningen av ekonomiska, tekniska och personella resurser.

Hur göra hälsoutfall till verksamhetsmål?

Det finns många exempel på kraften i verksamhetsstyrning som bygger på olika mätningar av hälsoutfall för patienter. Men det är tydligt att sättet på vilket mätningar sker – hur mått bestäms och var avgränsningar görs – har stor betydelse för vilket slutsatser som kan dras.

Exemplet med KOL-mottagningen i Simrishamn illustrerar betydelsen av det organisatoriska sammanhanget för vilka slutsatser som dras om vad som är 'värdefull vård'. Dessa slutsatser torde även gälla på systemnivå, då växande erfarenheterna från utvecklingen och användningen av SKL:s och Socialstyrelsens Öppna Jämförelser pekar på liknande resultat. En erfarenhet från de verksamheter som efter mindre framskjutna placeringar i jämförelse med andra landsting framgångsrikt tagit steg för att aktivt förbättra sina prestationer är att Öppna Jämförelser är ett fungerande verktyg om den också inbegriper ett organisationsutvecklingsmoment.

Med andra ord sker ingen förbättring utan att det sker en analys av utfall och en återkoppling till eventuella verksamhetsåtgärder. Att synliggöra skillnader gör ingenting i sig själv. En anledning till det är att det alltid föreligger mätproblem. Det finns alltid andra – kanske mer precisa eller inom ett område mer rättvisande – sätt att mäta och synliggöra en given verksamhets prestation.

Därmed går det inte att vänta på utvecklingen av ett optimalt rättvisande sätt att avbilda varje verksamhet. Inte minst eftersom detta samtidigt skulle mer eller mindre omöjliggöra breda jämförelser mellan verksamheter. Ett iterativt arbete med att skapa former för att både mäta och arbeta med mätningar är den praktiska möjlighet som finns.

I detta arbete är det viktigt att påminnas om att verksamhetsstyrning – och de mått som användas i detta arbete – kan och bör tjäna olika syften. Ett mått kan kontrollera, samordna eller lära

om en given aktivitet inom en organisation, mellan organisationer i en verksamhetsprocess eller inom en större del av hälso- och sjukvårdssystemet. Vad ett givet mått har utformats för att synliggöra har stor betydelse för hur det kan kommuniceras och till vilken målgrupp.

Vad är det för logik bakom mått som fungerar? Som exemplet med Capio antyder så fungerar verksamhetsstyrning när kopplingarna till vårdkedjan är synliggjorda (antingen direkt eller via ömsesidigt beroende och medvetna relationer) och verksamheten styrs mot att skapa värde, så som det är definierat i dessa gränssnitt.

Capios arbetssätt torde vara något av ett föregångsexempel i termer av att 'värdeorientera' arbetet inom en enskild organisation. Den interna verksamheten styrs explicit mot att anpassas till de kritiska gränssnitt som genererar intäkter för bolaget. Ett sätt att karakterisera det företaget gör är att Capio tillämpar Porters värdekedjemodell (Porter 1985) i sin analys av den vårdkedja i vilket bolaget medverkar.⁴

Att enskilda organisationer inom sin del av vårdkedjan på detta sätt orienterar sig mot de aktiviteter som ger upphov till goda utfall går utmärkt bra. Men som vi tidigare argumenterat är det inte möjligt för beställaren av en hel vårdkedja att nöja sig med optimering av dess enskilda delar. Istället fordras ett helhetsperspektiv som betraktar hur samspelet ser ut mellan olika delar av en vårdkedja och mellan olika vårdkedjor. Sådana verktyg kan sättas på plats i det offentligt finansierade system. I detta ligger ett nytt utrymme för politisk reflektion och handling.

⁴Värdekedjan är en ledningsmodell som syftar till att maximera vinsten och minimera kostnader för en organisation genom att synliggöra dess så kallade värdeskapande aktiviteter. Dessa aktiviteter är antingen primära eller stödande. För varje aktivitet identifieras kostnads- och värde drivare, i syfte att göra dessa föremål för strategisk planering. Värdekedjan för en enskild organisation ingår i sin tur i ett värdesystem som sträcker sig över organisationsgränser; dessa inter-organisatoriska relationer måste också analyseras och göras till föremål för strategisk planering och styrning.

CAPIO

Thomas Berglund, en gång chef för och en av arkitekterna bakom säkerhetsföretaget Securitas resa från ett svensk väktarbolag till världens största säkerhetskoncern, beskriver resan med sitt nya uppdrag Capio så här: Första steget är att få det grundläggande existensberättigandet på plats. Vi finns inte till för att göra Capio värdefullt – vi är här för patienten och genom att ge dem som möter patienten ansvar, resurser och mandat att ge bästa möjliga vård kommer vi att möta behoven, det ska göra Capio värdefullt.

Bakom denna vision, som i all sin enkelhet kan utgöra både en värdegrund och en självklar klyscha inom vården, ligger en idé om att varje verksamhet måste känna både sin räckvidd och sina begränsningar. När man ska organisera ett antal uppgifter som ska utföras av olika yrkesgrupper måste man utgå från vad det är som startar varje uppgift. I ett företags värld är detta lika med att ställa sig frågan: vad är det som genererar en intäkt? Thomas Berglund liknar detta vid att man ska odla en särskild ostkultur för att ta fram en välsmakande ostsart. För att åstadkomma detta måste man lägga ostkupan kring det som tillför smak och grogrund för en bra ostkultur. Hamnar man utanför störs kulturen och i fallet med osten får man inte den slutprodukt man vill ha. I vården, eller någon annan tjänsteverksamhet, innebär det att man måste identifiera de olika faktorer som skapar det värde någon betalare är beredd att betala för. De delar i vårdkedjan som krävs för att leverera en hel vårdkedja måste identifieras och kopplas samman. Och: mandatet måste placeras där påverkan på verksamheten kan ske.

Exemplet med Capio visar hur en enskild organisation kan tänka. Men detta ställer alla beställare – skatte- eller försäkringsfinansierade – av vård inför en utmaning: när man upphandlar delheter måste man också se till att dessa kan skapa en vettig helhet.

Är intäkten som genereras av en beställning för snäv eller avgränsad från andra nödvändiga insatser, riskerar man en suboptimering utifrån patientens behov. I fallet med exempelvis specialistkliniker måste även en väg anges för hur en patient tar sig dit – att enbart göra en viss operation effektivt hjälper inte ett system där fel eller för få patienter kan slussas dit.

KOL I SIMRISHAMN

Vid sjukhuset i Simrishamn inleddes i början av 2000-talet ett arbete med att förbättra omhändertagandet av patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Patienter som drabbas av sjukdomsförsämring kräver ofta inläggning på sjukhus. Sjukhusinläggning är därmed en bra indikator för hur välkontrollerad patienten är i sin sjukdom.

Sjukhusinläggning har visat sig vara kopplat till både hälsorelaterad livskvalitet och sjukdomsprognos. Målsättningen med Simrishamnsprojektet var att minska behovet av slutenvård för dessa patienter. Genom, kan tyckas, enkla medel, fokuserades resurserna på ett strukturerat sätt kring omhändertagandet av patienterna. Bland annat ökade man tillgängligheten av specialistläkare och KOL-sköterska, förbättrade stödet vid rökavvänjning, arbetade aktivare med att tidigt fånga upp försämringsperioder och sätta in läkemedel tidigt samt bättre bevakning av patienter med högre risk att drabbas av sjukdomsförsämring. Man förbättrade kommunikationen och skapade fungerande vårdteam med sjuksköterskan i centrum och sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, läkare och kurator i nära samarbete med denne.

Var införandet av ett strukturerat omhändertagande av KOL-patienter framgångsrikt? När projektet utvärderades, 2 år senare, kunde konstateras att antalet besök på KOL-mottagningen hade ökat med 70 % och att kostnaderna för läkemedel hade fördubblats. Dessa mått, besök och läkemedelsanvändning, är inga ovanliga parametrar då hälso- och sjukvårdens prestation ska mätas. Kostnaderna för dessa insatser hade naturligtvis ökat markant, men det säger ingenting om vad de patientnära effekterna av det nya arbetssättet var.

Då antalet sjukhusinläggningar på grund av sjukdomsförsämring utvärderades, kunde man konstatera att de inte hade minskat med 10 % - utan med nästan 80 %. Tack vare det strukturerade omhändertagandet behövde helt enkelt inte patienterna uppsöka sjukhuset utan man kunde häva sjukdomsförsämringen i ett mycket tidigt stadium, till gagn både för patient, vårdpersonal och sjukvårdssystemet. Den ekonomiska effekten, trots att kostnaderna för flera insatser ökade, var en netto-besparing på ca en miljon kronor per år (Tunsäter et al. 2007).

Epilog: efter det att verksamheten vid Sjukhuset i Simrishamns upphandlats 2005 förändrades verksamhetsförutsättningarna för KOL-mottagningen. Först några år senare återuppstod den. En fråga man kan ställa sig är att om upphandlingen, som sannolikt ökade trycket på finansiellt orienterad, vertikal styrning av enskilda resultatenheter, under en period medförde att ett bredare perspektiv på verksamhetens samlade värdeskapande försvann (se Kraus 2007).

Dags att styra



ra mot hälsa!

DEN NUVARANDE STYRNINGEN av svensk hälso- och sjukvård tenderar att betona den vertikala styrdimensionen. Fokus ligger generellt på aktiviteterna som görs inom enskilda resultatenheter. Många ersättnings- och utvärderingssystem anger på ett mycket detaljerat sätt vilka aktiviteter som är värdefulla. Ett problem är dock att denna styrning osynliggör verksamhetsmässiga beroenden mellan organisationer och aktiviteter som spänner över organisationsgränser. Därmed blir det svårare att koppla ihop delar av vårdkedjan – och i förlängningen koppla vården till det övergripande hälsoupdraget. Det är välkänt att verksamheter orienterar sig mot det som synliggörs – oavsett om det handlar om ekonomiska, medicinska eller andra former av verksamhetsrelaterade mått.

resursbegränsningar som finns för verksamheter. Målsättningen måste vara att använda integrerande mått som kopplar resursanvändning i verksamhetsprestation till effekt i styrningen inom och mellan organisationer i sammankopplade vårdkedjor.

Vi har i denna rapport skissat på möjligheten att anlägga ett tydligare investeringsperspektiv på hälso- och sjukvården för att särskilt betona tidsdimensionen i hälso- och sjukvårdens arbete. Ett investeringsperspektiv är ytterligare ett sätt att göra explicit hur mervärdet av varje sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insats inte är oändligt stor, eftersom de resurser som tas i anspråk alltid är begränsade. Därför är det inte rimligt eller möjligt att sträva efter 'hälsa till varje pris'.

”Därmed har sättet på vilket aktiviteter synliggörs – vad som mäts och hur dessa mätningar kommuniceras, och till vem – en avgörande betydelse för vilken beteendestyrning som uppnås.”

Enkelt uttryckt så blir du vad du mäts på. Därmed har sättet på vilket aktiviteter synliggörs – vad som mäts och hur dessa mätningar kommuniceras, och till vem – en avgörande betydelse för vilken beteendestyrning som uppnås. Att det är i praktiken svårt att utveckla principiellt optimala utfallsmått att styra mot bör inte hindra vidare försök att förbättra verksamhetsförutsättningarna för organisationer och individer i hälso- och sjukvårdssektorn.

För att hälso- och sjukvården ska klara sitt framtida hälsoupdrag till en rimlig kostnad ser vi det som angeläget att styrningen av hälso- och sjukvården rör sig mot en värdestyrning av ett hälsoupdrag med ett långsiktigt utfallsperspektiv som också tar hänsyn till budgetrestriktioner. En viktig del i detta är att koppla resurserna till resultat, men att operationalisera resultat som effekt snarare än leverans av insatser. Denna effekt är alltid patientrelaterad, varför en utmaning ligger i att omvandla patientrelaterade resultatmått till relevanta styrmål på olika nivåer, från befolkning till individ. En andra väsentlig komponent är att synliggöra de

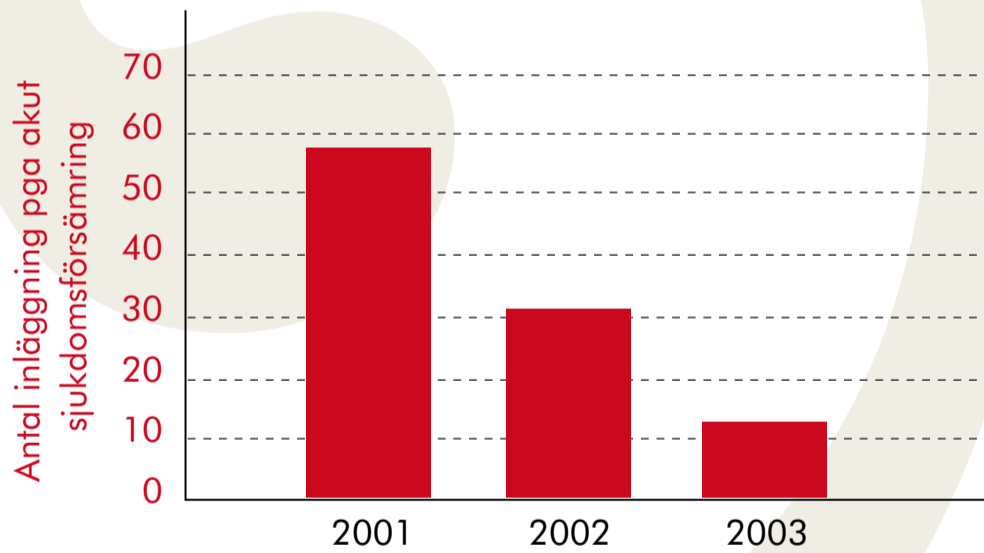
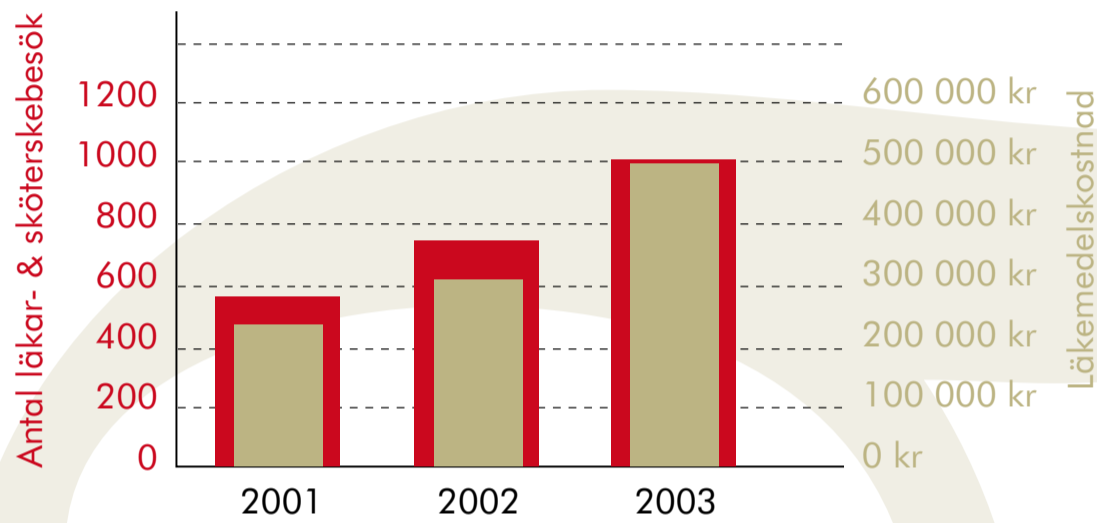
Samtidigt lyfter ett investeringsperspektiv blicken från att betrakta vad som är ett 'rimligt pris' bortom enskilda resultatenheters innevarande eller kommande budgetår.

Vi ser dessa tankeförskjutningar – från kostnad till värde, från avgränsade verksamheter till ömsesidigt beroenden och från nutid till framtid – som ytterst angelägna för att möta en rad olika utmaningar. Ambitionen att förhindra ohälsa i befolkningen, genom olika former av prevention och folkhälsoarbete, samt behovet av att tillhandahålla god vård och omsorg för en växande äldre befolkning är exempel på insatser som kräver omfattande samordning och effektiv resursanvändning – på kort och lång sikt. I ett offentligt finansierat system finns möjligheten att anlägga ett helhetsperspektiv som tar hänsyn till hur samspelet ser ut mellan olika delar av en vårdkedja och mellan olika vårdkedjor. I detta ligger ett nytt utrymme för politisk reflektion och handling som kan ytterligare förbättra de systemiska och organisatoriska förutsättningarna för att möta enskilda medborgares skiftande behov.

Referenser

- Blomgren, Maria. 1999. Pengarna eller livet? : sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet.
- Lindgren, Björn och Per Carlsson (reds.) 1995. Den planerade marknaden: om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen
- Brorström, Bror. 1995. Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer: en studie av nya styrformer inom sjukvården. Lund: Studentlitteratur.
- Brunsson, Nils och Kerstin Sahlin-Andersson. 2000. Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform. *Organization Studies* 21(4): 721-746.
- Calltorp, Johan och Göran Maathz. 2009. Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård. Stockholm: LIF – de forskande läkemedelsföretagen.
- Cederqvist, Jane (red.) 2008. Recept för vården. Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen. Stockholm: SNS Förlag.
- Essler, Ulf. 2008. Patienten i centrum – Varför ska medborgaren lägga vårdpusslet? I: Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (reds.) Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI, s. 79-96.
- Forsberg, Ewa. 2001. Do Financial Incentives Make a Difference? A Comparative Study of the Effects of Performance-Based Reimbursement in Swedish Health Care. Uppsala universitet: Acta universitatis upsaliensis.
- Ham, Chris et al. 2003. Hospital Bed Utilisation in the NHS, Kaiser permanente and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 327: 1257-60.
- Hallin, Bo och Sven Siverbo. 2002. Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, CHSA.
- Kraus, Kalle och Lars Östman. 2008. Eviga frågor och nya. I: Peter Jennergren, Johnny Lind, Walter Schuster och Kenth Skogsvik. Redovisning i fokus. Stockholm: EFI & Studentlitteratur, s. 17-35.
- Kraus, Kalle och Johnny Lind. 2009. Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna? I: Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (reds.) Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI, s. 97-114.
- Kraus, Kalle. 2007. Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården. Stockholm: EFI.
- Landstingsrevisorerna (Stockholms läns landsting). 2002. Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Rapport nr 23/02. Tillgänglig via www.rev.sll.se.
- Paulsson, Gert. 1993. Accounting systems in transition – A case study in the Swedish health care organization. Lund: Lund University Press.
- Porter, Michael. 1985. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: The Free Press.
- Proposition 2002/03:20. Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Tillgänglig via <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/63/a7007c17.pdf>.
- Samuelsson, Lars (red.) 2004. *Controllerhandboken*. Stockholm: Industrilitteratur.
- Socialstyrelsen. 1996. Ädelreformen, slutrapport. Rapport 1996:2. Tillgänglig via www.sos.se.
- Socialstyrelsen. 1999. Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Tillgänglig via www.sos.se.
- Socialstyrelsen. 2002. Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport. Tillgänglig via www.soc.se.
- Tunsäter, A., M. Moutakis, S. Borg, U. Persson, L. Strömberg, A. Nielsen. 2007. Retrospective incremental cost analysis of a hospital-based COPD Disease Management Programme in Sweden. *Health Policy* 81(2):309-319
- Öhrming, Jan. 2008. Hälso- och sjukvårdens fragmentering. Från lokalt till transnationellt organiserad sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.

Diagram





Värde håller på att bli ett modeord inom hälso- och sjukvården. Vad är värde? Vad får vi för pengarna är ett vanligt sätt att besvara den frågan men inte ens då får man ett entydigt svar. Den nuvarande styrningen av svensk hälso- och sjukvård tenderar att betona den vertikala styrdimensionen - håll budgeten! I en tid av ökad transparens och genomlysning börjar vi fråga oss om vi kan mäta resultat av hela vårdprocesser istället.

Leading Health Care är en akademisk tankesmedja som samlar olika intressenter och forskare som är intresserade av organisering, ledning och styrning av vård i vid bemärkelse. En av våra partners, AstraZeneca, kom förra året och frågade om vi kunde driva en fokusgrupp som tog sig an och diskuterade begreppet Hälsa per krona. Det kunde Leading Health Care. Gruppen vi samlade bestod av representanter för skilda aktörer och intressen inom och utanför vården.

Ett resultat av de heldagsmöten vi hade under 2009 och 2010 är denna rapport. Den är inspirerad av de reflektioner vi gjorde i gruppen, men författad av Ebba Sjögren och Hans Winberg från Handelshögskolan i Stockholm och Leading Health Care, samt Thomas Paulsson och Fredrik Neij, båda hälsoekonomer på AstraZeneca. Det är ett möte mellan olika intressen, mellan företags- och nationalekonomi, mellan industri och vård, mellan helhet och delar, mellan här och nu och där och sedan. Här reder vi ut begreppen och tittar på olika sorters kronor - hälsoekonomiska och företagsekonomiska. De innehåller olika saker och får olika konsekvenser när de används. Ofta blandar vi dem utan att reflektera.

Det gör vi inte här. Vi hoppas att detta stimulerar till fortsatt forskning och reflektion - för vi behöver veta vad vi får för pengarna även när vi satsar dem på vård!