

The background of the entire page is a photograph of a long, brightly lit hospital hallway. The floor is highly reflective, showing the overhead lights and the bright light from a doorway at the end of the hallway. The walls are a light, neutral color, and the overall atmosphere is clean and professional.

Ledande frågor

13 röster från praktiken
möter organisationsforskare om villkoren
för ledning och styrning av vård

*Författare: Karin Fernler,
Anna Krohwinkel Karlsson
och Per Gunnar Holmgren*

Vi kan styra vården annorlunda - men inte undkomma styrning!

Under våren 2013 kom begreppet New Public Management att hamna på många läppar. Genom Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter¹, som snabbt resulterade i en nyutgiven bok, kom den publika (läs: massmediala) diskussionen om vårdens problem att delvis ta en ny vändning: Sökandet efter nya och mer fungerande former för styrning, organisering och ledning av en komplex och för samhället så central sektor som hälso- och sjukvården fick några av sina brister blottade med både gripande, och i vissa fall utmärkta, problembeskrivningar. Samtidigt lämnar analysen och förklaringsförsöken en del i övrigt att önska. Läser man kommentarerna är vi tillbaka i en önskan om mer resurser och större frihet för enskilda professioner som "lösning" på problemen. Minst två saker av mycket stor betydelse har därmed utelämnats. Dels det faktum att resurserna är begränsade och att en gemensamt finansierad vård också förutsätter någon form av resurshushållning. Ekonomi alltså. Dels att många av styrsystemen inom vården, även de rent ekonomiska, är utformade med medicinska protokoll som bas. Ekonomi och medicin är således samverkande. Vi menar att ett komplext system aldrig kan förstås eller ledas genom fokus på enskilda delar. Vi måste intressera oss för att se hur delarna kombineras så att de blir värdefulla.

För patienter och brukare. För anhöriga. För alla dem som arbetar i vård och omsorg, och för alla oss som utgör samhället.

I denna bok närmar vi oss frågor om ledning, organisering och styrning av hälso- och sjukvård utifrån två perspektiv. Det första är praktikernas. Genom intervjuer med några aktiva ledare från olika delar av systemet, de flesta verksamma under hela den period då sökandet efter nya former av organisering och uppföljning skett, tecknar vi en bild av vilka centrala utmaningar de upplever sig stå inför samtidigt som de generöst, och ofta självkritiskt, reflekterar över sådant som hade kunnat göras annorlunda.

Vi ställer detta mot den organisationsteoretiska forskning som länge intresserat sig för de verkliga förutsättningarna för att styra, leda och organisera vårdens olika verksamheter på olika nivåer. Således blandar denna skrift praktiken och teorin, en sannerligen inte helt enkel uppgift.

<http://www.dn.se/kultur-noje/hur-mycket-ar-en-patient-vard/>

Samtal mellan forskare som i sin samtid försöker gå till botten med det som sker, och de praktiker som är mitt uppe i sin vardagliga gärning att faktiskt leda och utföra arbetet, rymmer i sig stora svårigheter. Framför allt skiljer sig perspektiven åt i både tid och rum. Forskare har vanligtvis längre tid på sig att fundera över en speciell situation, samtidigt som de ofta jämför med andra liknande situationer som kan vara mer eller mindre närliggande. Detta har sällan den som avkrävs ett snabbt svar eller beslut möjligheten att göra. Forskaren har vidare sällan ett direkt ansvar för situationen och de personer i verksamheterna och andra aktörer som måste fås att samspela. Samtidigt kan just forskarens möjligheter till distans möjliggöra analyser med mer utbredd giltighet och kraft. Detta ger lätt upphov till missförstånd mellan praktiker och forskare, ibland rentav misstänksamhet. Teoretiker och praktiker kan stå mycket långt ifrån varandra. Vi som ligger bakom denna bok drivs av övertygelsen att vi behöver fler och djupare samtal mellan de olika världarna – i slutänden handlar det för alla om att bättre förstå varandras problem, och därmed kunna bidra till att vi har ett hälso- och sjukvårdssystem som motsvarar de krav som medborgare och patienter/brukare/anhöriga ställer. Alltför ofta ersätts dessa samtal med färdiga modeller som kan lösa enbart vissa av problemen - men missar orsakssammanhang i den kedja av aktiviteter som det fokuserade problemet är en del av.

En svårighet med modeller är att de ofta utgår ifrån och fångar vissa aspekter av en mångtydig verklighet, allra helst när vi har ett ideal där vi ska isolera enskilda interventioner för att veta hur de verkar. När modellerna sedan översätts till verksamhet sker det i ett sammanhang där andra och ibland motstridiga styrimpulser möts. Vi menar att detta inte går att komma ifrån och att det är en central såväl teoretisk som praktisk utmaning att hantera. Mångstyrigheten och dess effekter är således ett av de verkligt centrala områdena kring vilket praktiker och forskare behöver mötas för utvecklingen av en, i bred bemärkelse, värdefull hälso- och sjukvård.

En hel del organisationsteoretisk forskning, till exempel den om implementering, har ibland kallats eländesforskning. Ideala modeller och rationella förhoppningar om styrbarhet har länge visat sig vara orealistiska. Frågan, som alltför sällan ställs, är då: Vad kan man göra? Finns det något som fungerar? Vi tror det. Inte minst det som kallas situationsanpassat ledarskap. Vi måste förskjuta perspektiven från de orealistiska förväntningarna att komplexa verksamheter kan fångas i en policy eller något enskilda styrdokument, och mer ägna oss åt pågående processer. (Det gäller både forskare och praktiker!) Att utveckla detaljerad styrning på distans är

som att försöka leda ett barnkalas per sms. Det ger i bästa fall några effekter, men definitivt inte någon kvalificerad inblick i vilka dessa effekter är eller vad som pågår i övrigt.

Det finns några genomgående teman i intervjuerna. Flera talar om kultur, arbetsätt och om vikten av att få med sig personalen ute i verksamheterna. Återkommande är också att bedömningar inte får göras på för stort avstånd. Vi behöver våra it-system och mätningar för att driva den dagliga verksamheten, inte för att göra uppföljningar långt därefter. Många som varit delaktiga i att utforma styrning på policynivån tvekar idag inför att använda alltför många och detaljerade ekonomiska incitament. Det rimmar bra med forskningen om ekonomisk styrning och dess beteendepåverkan. Ekonomiska incitament påverkar, därför måste man vara försiktig med att använda dem. Men man måste också se den ekonomiska styrningen i sitt sammanhang, där det relevanta bör vara att utgå från vad som fungerar i det lokala sammanhanget och är tillämpligt där.

Alla vi som på olika sätt bidragit till denna bok menar att vi måste tvinga oss till att föra samtal som speglar olika angreppssätt och infallsvinklar mot varandra. Förvånansvärt mycket av det som skett de senaste 25 åren har sedan länge beskrivits i forskningen. Den rikaste floran av analyser kring New Public Management hör till forskningens 1990-tal. Då gjordes flera observationer av möjliga (bi)effekter av reformerandet, till exempel en ökad fragmentisering och risk för större tröghet när det gäller innovation och förändring. Att dra ut analysen både i tiden och rummet verkar kunna bidra till ökad kunskap och nya insikter om både de förändringsförsök som görs och som kanske borde göras. Eller de försök man lika gärna kan låta bli att göra, för den delen. Skriften som du nu har i din hand är en tankesmedjeprodukt. Det märks inte bara på bokens första del som består av intervjuer med personer som på ett eller annat sätt deltagit i och tagit del av den verksamhet som vi bedrivit på Handelshögskolan i Stockholm, på vidareutbildningen hos IFL och genom Leading Health Care. Här finns även rika spår och direkta inspel från gamla deltagare i utvecklingsprogram och från LHC:s partnernöten, liksom inspel från personer hos partnerorganisationerna. Boken är även ett resultat av mångårig forskning, inte bara på Handelshögskolan i Stockholm utan i breda svenska och internationella nätverk.

Socialstyrelsen gav under 2011 och 2012 Stiftelsen Leading Health Care i uppdrag att bredda perspektivet på föreskrifterna för ledningssystem. Det arbetet har varit en samlande kraft i att både utforska och sammanställa kunskap kring vad

ledningssystem är och kan vara. Ett stort tack till Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm för förtroendet och engagemanget, och också till Taina Bäckström och Georg Lagergren för diskussioner och support! Charlotte Winberg och Olof Karnell på IFL vid Handelshögskolan i Stockholm har genom firandet av 20-årsjubileet för CUPS – Chefsutvecklingsprogrammet för sjukvården – varit instrumentella i arbetet med bokprojektet. Och givetvis tack alla ni som ställt upp och delat med er av erfarenheter och tankar i intervjuerna!

Stort tack också till gruppen av forskare som deltagit i arbetet. Jon Rognes på LHC, Mats Tyrstrup och Karin Fernler vid Handelshögskolan, Karin Thoresson, Linus Johansson Krafve och Francis Lee vid Linköpings universitet. Anna Krohwinkel Karlsson, LHC, har som vanligt utfört stordåd och tillsammans med medförfattaren Karin Fernler sett till att det blev en bok. Igen. Och till redaktör Per Gunnar Holmgren, som gång efter annan låter sig utsättas för mötet med kritiskt granskande forskare, ett tack för det digra arbetet med alla intervjuerna!

Stockholm i juni 2013

*Claes-Fredrik Helgesson, Professor
Professor vid Linköpings universitet
Ordförande Leading Health Care*

*Hans Winberg, Ek Lic
Ek Lic, Handelshögskolan i Stockholm
Generalsekreterare Leading Health Care*

RAPPORTER TIDIGARE UTGIVNA I SOCIALSTYRELSEPROJEKTET

Fernler, Karin: Nya perspektiv på implementering: Vad är "god" implementering och kan det stödjas? LHC Report Nr 8 2012.

Lee, Francis: Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturoversikter. LHC Report Nr 7 2012.

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

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

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige

Tyrstrup, Mats: Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv

Fernler, Karin: Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete

Helgesson, Claes-Fredrik: Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll

Innehåll

PRAKTIKERNAS PERSPEKTIV

Intervjuer	12
Bengt Jönsson, <i>Ett fruktbart möte</i>	12
Ulf Lockowandt, <i>Många av dagens mått är irrelevanta</i>	16
Nicole Silverstolpe, <i>Komplex organisation utmanar chefen</i>	20
Anders Persson, <i>Innovationer måste bevisa sin patientnytta</i>	24
Barbro Fridén, <i>Se de oväntade situationerna i vitögat</i>	28
Birgir Jacobsson, <i>Statens styrning motverkar delvis förbättringar</i>	32
Britta Wallgren, <i>Vi måste få med oss medarbetarna</i>	36
Toivo Heinsoo, <i>Ekonomi måste paras med professionellt omdöme</i>	40
Göran Stiernstedt, <i>Oroande att sätta pengar på beskrivande indikatorer</i>	44
Mats Bojestig, <i>Kraven på kommunikation ökar</i>	48
Håkan Wittgren, <i>Den traditionella läkarrollen utmanas</i>	52
Elisabeth Wallin och Anne Carlsson, <i>Patientmedverkan allt viktigare i ledning och styrning</i>	56

FORSKARNAS PERSPEKTIV

Var ligger världens problem?	61
De generella modellernas magi och ledningsarbetets komplexa praktik	63
Den här textens syfte och fokus	64
Den bångstyriga vården och den mångfaldiga styrningen	66
Drivkrafter bakom mångfaldig styrning	67
Många goda vården ska hanteras – man kan inte välja eller välja bort	69
Mångstyrighetens uttryck på verksamhetsnivån	70
Styrningens paradoxala utfall: Minskat lokalt utrymme utan mer central kontroll	71
Fortsatt disposition	72
Det målrationala idealets attraktion	74
Målrationalitet som norm eller praktik?	74
Vanliga lösningsförslag	75
Bättre implementering?	75
Bättre mätning och uppföljning?	77
- Marknadstransparens som ett exempel	80
Bättre modeller?	81
Alternativa handlingsstrategier	85
Det finns andra sätt att se på implementering	87
Det finns andra sätt att se på uppföljning	89
Det finns andra sätt att se på användning av lednings- och styrmodeller	93
Implikationer för ledning och styrning på olika nivåer	99
Att styra på lokal nivå	100
Att styra på distans	103
Om styrningens ansvarsfördelning	106
Referenser	107
<i>Om Leading Health Care</i>	109
<i>LHC:s publikationer</i>	110





Ett fruktbart möte

Om någon person kan förkroppsliga hälsoekonomin i Sverige så är det Bengt Jönsson. Han hade den första professuren i ämnet. Från hälsoekonomin växte kunskaperna och diskussionen om sjukvårdens styrning, ledning och organisering. Han startade CUPS. Snart tio år efter pensioneringen är han fortfarande aktiv med internationell forskning.

Vi träffas på väningsplan sju på Handels i Stockholm, i tjänsterummet som tillkommer en aktiv professor emeritus. Att vara ledare inom akademien erbjuder en mer flexibel övergång från den aktiva ledarrollen än i sjukvården, reflekterar Bengt Jönsson.

1982 blev han landets första professor i hälsoekonomi, i Linköping. 1990 värvades han av Staffan Burenstam Linder till Handelshögskolan, för att i Stockholm bygga upp en enhet kring hälsoekonomin. Flera av forskarna från Linköping följde med.

1993 startade han CUPS-utbildningen – Chefs- utvecklingsprogrammet för sjukvården.

För första – men inte sista – gången under intervjun deklarerar han med omisskännliga skånska diftonger:

– Utbildning och forskning måste hänga ihop. Det påverkar kvalitet och djup på utbildningen, lärarna får en större kompetens.

– När vi startade CUPS fanns en liknande utbildning redan på Harvard. En stor del av klinikcheferna i USA hade gått den.

”Utbildning och forskning måste hänga ihop”

De första kurserna omfattade sex veckor och hölls enligt modellen ”en veckas kurs per månad, varvat med arbete på hemorten”. Upplägget möjliggjorde för tid till reflektion och återkoppling vilket fördjupar kunskaperna. Deltagarna hinner också lära av varandra, och diskutera hur kunskaperna kan användas i praktiken.

Fruktbart möte

Bläddrar man i kurslistorna så är det, som Bengt Jönsson själv säger, ”Vem är det?” i Sjukhussverige. Femhundra chefer i sjukvården har genom åren gått igenom CUPS-utbildningen.

Runt hälsoekonomin uppstod ett fruktbart möte – mellan Handelshögskolans kompetens och sjukvårdens behov av bättre instrument för ledning, styrning och organisering. På det viset la hälsoekonomin grunden för en professionalisering av sjukvårdens management.

– *Den övergripande utvecklingen har gått från att diskutera olika sätt att organisera sjukvården till att idag fokusera på sjukvårdens resultat.*

Bengt Jönsson har suttit i centrum för en kraftig tillväxt av kompetens. Handels var under 1990-talet en av de ledande institutionerna i världen mätt efter publicerade och citerade vetenskapliga artiklar.

– *När Statens beredning för medicinsk utvärdering bildades 1987 var vi mycket engagerade från Handels sida. SBU hade alltid med en hälsoekonom i sina projekt. Kompetensen byggdes upp både hos SBU och på Handels. – När Läkemiddelsförmånsnämnden, LFN (nuvarande TLV), bildades bidrog flera från vår grupp med den nödvändiga hälsoekonomiska kompetensen.*

Idag finns kompetensen spridd på flera händer. Så sent som 2011 bildades den nya myndigheten Vårdanalys som också har medarbetare med hälso- ekonomisk kompetens.

Avgörande faktorer?

Trovärdighet har varit det viktigaste kapitalet i mötet med vårdens ledare.

– *De skulle utan tvivel avslöja mig om jag inte behärskade kunskaperna. Här är kopplingen mellan utbildningen och vår forskning oerhört central. Om man går en CUPS-program måste deltagarna känna att de lärt sig något nytt, något de inte tidigare behärskade. På senare år har strålkastarna riktats mot vårdens resultat.*

– *Det är ett verkligt paradigmskifte när outcome blir den viktiga mätpunkten vid beslut om fördelning av resurser.*

Bengt Jönsson, Professor emeritus, Handelshögskolan i Stockholm

Bakgrund: Doktorerade i Lund. Fick landets första professur i hälsoekonomi i Linköping 1982. Till Handelshögskolan 1990. Startade CUPS-utbildningen 1993. Deltagit aktivt i diskussion om och utvärdering av sjukvårdens ekonomi, ledning, styrning och organisation.

Hälsoekonomi i korthet – så började det:

Ingemar Ståhl, professor i nationalekonomi vid universitetet i Lund inspirerade Bengt Jönsson att skriva sin avhandling i hälsoekonomi. Ingemar Ståhl var också drivande när professuren i Linköping inrättades 1982. Med Bengt Jönssons flytt till Handelshögskolan och inrättandet av först SBU och sedan TLV breddades intresset och basen för ämnet än mer.





Många av dagens mått är irrelevanta

En utmaning som Ulf Lockowandt brottas mycket med som verksamhetschef är "missnöjeskulturen" bland offentliganställda medarbetare. En annan utmaning är att varken läkar- eller sjuksköterskeutbildningen förbereder läkare och sjuksköterskor tillräckligt mycket för att arbeta i det komplexa system som sjukvården utgör.

Får inte del av värdet

– Missnöjet kan till en del vara orsakat av att när offentlig verksamhet är värdeskapande så återförs delar av detta värde antingen till kund eller betalande (patient eller skattebetalare). Däremot får inte medarbetarna del av sitt värdeskapande arbete.

– Utvägen för de offentliganställda kan då bli att visa "missnöje". Det för med sig en tungrodd organisation, resonerar Ulf Lockowandt.

En annan utmaning är att det saknas budget och fastlagda processer för att driva utveckling av verksamheten. Ledarna inom kliniken har inte alltid de kunskaper och verktyg som behövs för att klara av alla utmaningar.

– Kombinationen av att komma ur professionen och att vara en kompetent ledare är ingen lätt ekvation.

"Hela vår verksamhet kan följas upp med fyra variabler"

Resultatmått efterfrågas inte

Det är inte lätt för klinikens ledare att styra efter "rätt" mått. På frågan om man styr efter vårdresultat svarar Ulf Lockowandt "både ja och nej":

– Internt styr vi mot vårdresultat. Men externt efterfrågas inte sällan processmått som ofta är irrelevanta för oss. Däremot får inte medarbetarna del av sitt värdeskapande arbete.

Han ger ett drastiskt exempel:

– Hos oss avlider omkring 25 patienter om året i samband med elektiva operationer. Men aldrig har någon efterfrågat mått på dödlighet.

För att åstadkomma en förändring och få en styrning som går mera efter resultatmått och mindre efter processmått har Ulf Lockowandt några önskingar:

– Processmått skulle aldrig få efterfrågas från mer än ett steg upp i linjen. Resultatmål måste anpassas efter varje verksamhet och kan vara väldigt få.

Nästan alla komplikationer på thoraxkliniken medför förlängd vårdtid eller död.

På sikt är återställd livskvalitet och eventuellt behov av ytterligare thoraxkirurgiska insatser avgörande när verksamheten ska bedömas:

– *Vår verksamhet skulle kunna följas upp med fyra variabler - vårdtid, mortalitet, återställd livskvalitet och behov av reintervention.*

Oklar ansvarsfördelning

Skillnaden för patienterna och deras medverkan i vården på thoraxkirurgen är inte så stor idag jämfört med tidigare.

– *Om man ser 20 år bakåt i tiden är skillnaden möjligen att patienten idag är något mera påläst och går in i vårdrelationen på ett mera jämlikt plan.*

För att patienterna på ett optimalt sätt ska inkorporeras i planering och beslut krävs bland annat en fortsatt utveckling av internetlösningar men Ulf Lockowandt vill också se en fredad läkar- och sjukskötersketid avsedd för längre personliga patientmöten.

– *Vidare en mera kontinuerlig patient-läkarrelation.*

– *Patienten möts av en fragmentiserad sjukvårdsorganisation och en, för patienten, oklar ansvarsfördelning. Då är det nästintill omöjligt att inkorporera patienten i planering och beslut, oavsett användningen av modern teknik..*

Unikt med hel vårdkedja

Thoraxkirurgen arbetar aktivt för att mäta, utvärdera och styra hela vårdkedjan.

– *Thoraxkirurgen äger, unikt, så gott som en hel vårdkedja, medmottagning, vårdavdelning, operation/anestesi, intensivvård och därefter vårdavdelning och mottagning igen.*

Mätvärdena i dagens sjukvård är inte tillräckliga för att kunna styra med hjälp av dem.

– *Vi måste kunna ta bort mätvärden när nya och bättre tillkommer. Avgörande är emellertid att få med de två viktigaste intressenterna i framtagandet av mätvärden, det vill säga patienten och läkaren.*

Enligt Ulf Lockowandt tas i dag många av mätvärdena fram av omvårdnadsprofessionen, beställare och tillsynsmyndigheter.

– *Därför blir de till stor del inte heltäckande.*

Övertro på Öppna jämförelser

Det finns en fara med att styra pengarna efter mått i Öppna jämförelser och kvalitetsregister även om vissa relevanta resultatmål kan användas för att styra pengarna, anser han.

– *Tilltron till kvalitén på Öppna jämförelser och kvalitetsregister är ofta för stor. Därtill är tilltron till inrapporterande för stor. Det krävs extern validering av register.*

– *Att styra med pengar är effektivt för att förändra beteenden. Organisationer, även offentliga,*

anpassar sig blixtnabbt till ekonomiska incitament. Svårigheten är att definiera de rätta resultatmålen och att inte effekten blir att samtidigt som man styr mot eftersträvarvärda mål så styr man bort från andra viktiga mål som inte täcks av den ekonomiska ersättningen.

Ulf Lockowandt, Verksamhetschef, Thoraxkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna



Komplex organisation utmanar chefen

Vårdkedjor som håller när de spänns över alla gränser i cancervården är en av utmaningarna för Nicole Silverstolpe, barnmorskan som satsade på att bli ledare. Hon tvekar inte när hon beskriver hur ledarjobbet blivit allt mer komplicerat.

Vilka är skillnaderna mellan ledarnas uppgift idag jämfört med tidigare?

– Det är en märkbar skillnad bara under den tid som jag arbetat som chef. Tidigare har ledarskapet mycket handlat om att hålla budgeten och ta hand om personalen.

– Idag ligger tonvikten i sjukvården på utveckling av medarbetarna och att styra mot bättre resultat.

Ofta utnämner kliniker och vårdcentraler de läkare och sjuksköterskor som är mest framåt i kliniken till nya chefer.

– Det har varit ett bekvämt sätt för sjukvården att hitta chefer. Men idag har det blivit tydligt att en så komplicerad verksamhet ställer många krav på en chef. Det är ett yrke i sig att vara chef i sjukvården.

Hon anser att det viktigt att ledare i sjukvården tar till sig erfarenheter som kommer från andra sektorer.

Tydligare chefskap

Nicole Silverstolpe fick ingen lätt uppgift på första chefsjobbet. Hon efterträdde en karismatisk ledare på kvinnokliniken vid Danderyds sjukhus och var, enligt egen uppgift, ”ung och blyg”.

”Det är alltid en utmaning för verksamhetens ledare att planera för vårdprocesser som går över flera gränser”

– Det viktigaste för mig då var att våga mer och bli tydligare i mitt chefskap.

– Samtidigt mötte vår förlossningsklinik konkurrens från nya aktörer.

Debatten rasade om mammor som hänvisades från överfulla förlossningskliniker till andra sjukhus. Nicole Silverstolpes privatägda konkurrenter hänvisade inte någon vidare.

– Så det blev extra viktigt att ha en bra omvärldsbevakning samtidigt som vi arbetade för att hänvisa så få mammor som möjligt.

Hon gick CUPS-utbildningen 2004, för att bättre kunna tackla utmaningarna som chef på kvinnokliniken.

– CUPS ger inspiration och ett sammanhang för dem som ska arbeta som chef. Det fanns en känsla av att ”vi som är här vill aktivt bidra till verksamheten”. Därför blev diskussionerna mellan föreläsningarna också nyttiga.

– CUPS gav mig ett väldigt bra nätverk.

Utmaningar i cancer vården

De senaste åren har Nicole Silverstolpe arbetat med att bygga upp ett annat slags nätverk. Som projektledare för att starta det regionala cancercentrumet för Stockholms län och Gotland var det hennes uppgift att lägga fast en organisation som både ska samordna cancer vården regionalt och nationellt. I en värld med många starka viljor och skiftande arbetsätt och organisation är det ingen lätt uppgift.

– Patientmedverkan och kompetensförsörjning är två av många viktiga utmaningar för cancer vården. Fortfarande är informationen till patienterna inte tillräcklig för att kunna förstå vilka val man kan göra. Second opinion utnyttjas inte tillräckligt. Allvariga diagnoser lämnas ibland på telefon.

Många gränser

När cancerspecialiteten nu bygger upp delvis nya vårdprocesser upptäcker man samtidigt hur många gränser som finns.

– Det är alltid en utmaning för verksamhetens ledare att planera för vårdprocesser som går över flera gränser. Senare års utveckling har gjort detta än viktigare och än svårare när patienterna vårdas hos flera olika vårdgivare – både privata och offentliga.

Nicole Silverstolpe betonar att hon inte har något emot privata utförare – ”tvärtom” – men att de ekonomiska systemen inte alltid stödjer dessa gränsöverskridanden.

Inom RCC Stockholm Gotland har man inte satt några ersättningar på olika insatser ännu. Idealiskt sätt skulle man vilja koppla ersättning till hela vårdprocesser.

– Ersättning skulle kunna belöna rimlig måluppfyllelse för till exempel vårdplaner, ledtider och kontakter med multidisciplinära team.

– Det är svårt men vi kan inte fortsätta som idag.

Nicole Silverstolpe, biträdande chef, ansvarig för vårdprocesser, RCC Stockholm Gotland

Bakgrund: Barnmorska, chefsbarnmorska vid Danderyds sjukhus AB 2000-2010, styrelsearbete i Danderyds sjukhus AB, BB Stockholm och Prima liv. Projektledare för RCC Stockholm Gotland 2011-2012. Deltog i CUPS 2004.





Innovationer måste bevisa sin patientnytta

Anders Persson har förmågan att uttrycka många av utmaningarna för vården och dess ledare – i både ord och bild. Till vardags är han chef för det världskända visualiseringscentret CMIV i Linköping.

På CMIV har man föresatt sig att visualisera på ett sätt som är begripligt för åskådaren. Samtidigt ställer man höga krav på nyttan för patienterna. CMIV utvärderar ny teknik tvärvetenskapligt. I ett pågående projekt är centret i full färd med att digitalisera patologin.

Ny metod kan bli ett hot

CMIV har fått möjligheten, eller ska vi säga att man tagit sig friheten att arbeta självständigt innanför sjukhusets murar.

– Även bra teknik, med visad patientnytta, kan stöta på problem, säger Anders Persson.

Han ser hur nya tekniska lösningar ibland blir ett hot mot de invanda arbetsmetoderna och de hävdvunna positionerna på en klinik.

– Ett exempel är osteoporos, ett stort och viktigt område, där man med nuvarande teknik måste välja vem som ska få behandling och undvika höftfraktur om 20-30 år.

”Tvärvetenskaplig och tillämpad forskning har försvårt att få pengar”

Vi behöver industrin

Det är 25 år sedan som Anders Persson började med 3D-bilder (”först i världen”), på röntgen i Hudiksvall.

För att få möjlighet att pröva många olika lösningar har Anders Persson samarbetat med flera kommersiella aktörer:

– Det är viktigt att ha ett bra samarbete med industrin. Vi behöver varandra. Genom att CMIV har en positiv inställning till nyföretagande knyts ett stort antal avknopningsföretag till verksamheten.

På den här punkten skulle han vilja förnya innovationspolitiken.

– Det läggs mycket pengar på grundforskningen och det är bra. Men tvärvetenskaplig och tillämpad forskning har försvårt att få pengar, menar Anders Persson.

Personalen är viktig

Kunskapsspridningen är viktig. Det räcker inte enbart att det är bra för patienten – Anders Persson betonar att man måste ha med sig personalen också. Därför krävs det upparbetade vägar för att sprida nya kunskaper.

Internt är det alltid kompetensen och förmågan att anpassa sig till nya situationer som är det mest väsentliga, ”inte vilken titel det står på namnskylden”.

– *Känslan av hot måste tas på allvar. Nu är det många inom radiologin som är rädda att röntgenspecialiteten kraftigt kommer att beskäras eftersom datorerna kan göra många bedömningar.* Återigen blir kunskapsspridningen, och det goda exemplet, viktigt. Men erfarenheten är att det är mycket svårt att sprida nya arbetssätt.

Självständig enhet

CMIV finns mitt i sjukhuset men är en självständig enhet. Vid en pågående ombyggnad gynnas CMIV med större lokaler när andra enheter i Linköping måste skära ner. Verksamheten omsätter 60 miljoner kronor exklusive lönekostnaderna. En stor del av intäkterna kommer från externa bidrag, som Vinnova, KK-stiftelsen och EU.

Anders Persson har arbetat på många olika poster i sjukvården, bland annat som röntgensjuksköterska, överläkare och chefsöverläkare. 1994-2001 var han verksamhetschef i radiologi och medicinsk teknik i Hälsingland. Grundade CMIV 2002 och är sedan dess chef för CMIV.

Detta är CMIV

Center for Medical Image Science and Visualization är ett tvärvetenskapligt forskningscenter, grundat av Linköpings universitet, Landstinget i Östergötland, och Sectra AB. CMIV genomför forskning för att hitta nya metoder och verktyg för bildanalys och visualisering inom sjukvård och medicinsk forskning. CMIV arbetar med de senaste generationerna av bland annat datortomograf, magnetresonanskamera och ultraljud.





Se de oväntade situationerna i vitögat

En ledare måste förbereda sig på att möta nya utmaningar. Men hur förbereder man sig på utmaningar som ingen trodde var möjliga? Barbro Fridén vet att det inte går. Hon var chef på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna när polisen hämtade en av läkarna inne på sjukhuset.

Det var den 2 mars 2009 som polisen hämtade "barnläkaren". Hon anklagades för att ha tagit livet av ett spädbarn. Det blev början till en osannolik och utdragen konfrontation med rättsväsendet. Till slut friades läkaren.

Har man en möjlighet att förbereda sig på något sådant?

– Nej. Det blev några dagar med en intervju varje kvart. Utanför stod CNN-bussen. Du har inga instrument för en sådan situation.

– Astrid Lindgrens barnsjukhus kritiserades för bristande patientsäkerhet. Vi satte in alla resurser på att stärka patientsäkerheten – vi blev petnoga. Något år efteråt gjorde DN en stor granskning av patientsäkerheten. Då pekade Socialstyrelsen på Astrid Lindgren och sa att vi arbetade framgångsrikt med avvikelser. När vi hamnade högst upp i patient-säkerhetsarbetet i DN:s reportage hade vi lyckats.

"I många sammanhang har läkarna själva abdikerat från ledarskapet. Jag vill att de kommer tillbaka"

Ledarens uppgift att vända

Det var en ledaruppgift – att vända den negativa uppmärksamheten. Barbro Fridén utnyttjade den negativa uppmärksamheten som drivkraft.

Vilka personliga egenskaper krävs för att klara den pressen?

– Att se situationen i vitögat, att klara av stress och att inte isolera sig utan att mitt i krisen etablera ett fungerande teamarbete med ledningsgruppen och presschefen. Jag hade samtal med presschefen varje dag under fyra års tid.

Några handfasta råd?

– Förstå media, var transparent, inga snirkliga försök att gömma undan, förstå medias uppdrag – det är deras uppdrag att ringa dig och ställa en rad kritiska frågor.

Patienterna ska vara med

På Astrid Lindgren tvingades hon ge sig ut på ny mark. Det har hon gjort många gånger:

– När vi startade fertilitetskliniker etablerade vi samtidigt nya arbetssätt. Teamarbete, kvalitetssäkring och resultatuppföljning blev viktiga instrument för en ny verksamhet.

Sedan 2012 är Barbro Fridén nu chef över det största sjukhuset i landet, ett av Europas största.

– Nu får jag chansen att möta de stora utmaningarna. För att kunna skapa värde måste sjukvården utgå från patienterna. Hög medicinsk kunskap samlad runt patienten, individcentrerad vård, genomtänkta arbetssätt med ständig förbättring för att säkerställa, är hennes recept.

– Vi måste bli bättre på att mäta utfall, säger hon.

Patienterna ska vara med och utvärdera vården.

– Tidigare kunde man nog inte det, patienterna visste inte alltid vad de behövde och ställde inte lika mycket krav som idag. Det är ett paradigmskifte som pågår.

– Vi går från en organisationsinriktad sjukvård till att utgå från patientens behov som individ.

Så här har Barbro Fridén resonerat i starten på Sahlgrenska:

- *I många sammanhang har läkarna abdikerat från ledarskapet. Jag vill att de kommer tillbaka.*
- *Vårdkedjorna står i fokus. Fem pilotprojekt kring patientflöden har identifierats och ska nu utvecklas.*

Fortbildning avgörande

– Fortbildning är avgörande. CUPS står ut. Jag hade inte varit där jag är idag om jag inte gått CUPS-utbildningen. Sedan vill hon se ett CUPS med en revitaliserande kurs för ”oss som varit i farten ett tag”.

– Man får nya tankar, nya frågor som behöver diskuteras med kollegor i samma situation.

Flera personer som jag då gick kurs med finns kvar i mitt nätverk.

– Även om vi arbetar med olika uppgifter på olika nivåer så är den professionella diskussionen livsavgörande – att lära sig.

Barbro Fridén, Sjukhusdirektör, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Bakgrund: Specialistutbildad i Umeå. Gynekolog, med inriktning på reproduktionsmedicin. 1994 gick flyttlasset till Göteborg. 2001 åkte Barbro Fridén till Stockholm och arbetade för Outi Hovatta på IVF Huddinge. 2002-2005 var hon chef på KK vid Varbergs sjukhus. Byggde upp en IVF-klinik i Stockholm 2005-2008. Chef för Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm 2008-2012.

Om CUPS/ledarutbildning:

– Det var en mycket bra kurs, där fick jag ett engagerat och klokt nätverk. Jag hade inte varit där jag är idag om jag inte gått CUPS-utbildningen. (Deltog i CUPS 2002/03.)





Statens styrning motverkar delvis förbättringar

Birgir Jakobsson ska förändra kulturen i det omvittnat svårskötta pastorat som Karolinska universitetssjukhuset är. Samtidigt ska han hantera en befolkningsboom och bygget av Sveriges modernaste akutsjukhus. Han är djupt kritisk till statens och landstingets ekonomiska styrmedel.

– Det är inte byggnationen av ett nytt sjukhus som är vår stora uppgift. Det är istället en kulturförändring som är det viktiga uppdraget - för att säkra en god och säker vård som är mer tillgänglig. Det är en utmaning att klara det samtidigt som nya potenta läkemedel och metoder ständigt införs.

Nytt förhållningssätt

För ledarna i en organisation som Karolinska universitetssjukhuset krävs ett nytt förhållningssätt. Ledarna ska vara föredömen och ha en stor kunskap om hur förbättringsarbete bedrivs. Lean-modellen är vår huvudstrategi i förbättringsarbetet.

– Det är inte en förvaltande roll, slår Birgir Jakobsson fast.

”Jag har ändrat syn på användningen av ekonomiska incitament”

Har du de ledare som behövs för att åstadkomma förändringar i kulturen?

– Delvis, vi har arbetat aktivt för att komma dit och det har blivit bättre. Det kan vi se bland annat i medarbetarenkäterna. Medarbetarna är mer delaktiga, målen är tydligare för de anställda, uppföljningen är bättre och ledarskapet har förbättrats under de senaste 5-6 åren.

Karolinska sjukhuset tar in extern kunskap för att handleda ledarna. Sjukhuset tar också hjälp av Medical Management Centrum på KI, som leds av professor Mats Brommels. Där finns en vetenskaplig förankring och utveckling som ger stadga åt arbetet.

Politiska kallduschar

Den politiska styrningen av ett stort sjukhus innebär särskilda utmaningar. Den här intervjun görs samma värvecka som ett av landstingsråden, kristdemokraten Stig Nyman, offentligt sagt han skulle vilja skilja på Solna- och Huddingeverksamheterna.

– När jag fick höra det där tog jag ett djupt andetag. Men det är inte min fråga, det är politikerna som äger den frågan. Vi har tydliga ägardirektiv om att Karolinska universitetssjukhuset ska hållas samman.

Tidigare under våren tvingades han gå i svaromål när landstingsrådet Filippa Reinfeldt påstod att Karolinska tillförts stora summor under senare år. Båda fallen illustrerar svårigheten att leda en stor organisation som ytterst styrs av politiska beslut.

Kritisk mot styrning

Han har många synpunkter på försöken att sätta pengar på olika åtgärder i vården.

– Jag har varit förespråkare för att mäta, för att vi ska veta mer. Det är bra att vi vet mer idag än vi gjorde tidigare. Men jag har ändrat syn på användningen av ekonomiska incitament.

Det är bland annat kömiljarden, patientsäkerhetsmiljarden och andra styrmedel från staten som han ställer sig kritisk till:

– Jag är oerhört kritisk mot att staten och landstinget försöker styra med ekonomiska incitament. Många av de styrmedlen är idag direkt motverkande mot vårt förbättringsarbete.

De anställda ser de ekonomiska ersättningarna och det påverkar naturligtvis, menar han. Läkarkåren är visserligen inte så dålig att den låter sig styras fel i det enskilda patientfallet. Men totalt sätt, på systemnivå, kan effekterna ändå bli skadliga.

Kvalitetsmätning

Han tror att Öppna jämförelser kan ge en rättvis bild av kvalitetsutvecklingen.

Det är viktigt att veta vad förbättringar leder till.

– Vi mäter patienternas delaktighet. Den är låg, enligt deras egen bedömning. Och nu ökar patienternas krav samtidigt som politikerna skapar orealistiska förväntningar. Det är inte hållbart.

Birgir Jakobsson säger att det inte går att välja allt efter individuella önskemål.

Det är inte möjligt inom ett skattefinansierat sjukvårdssystem.

Hävstång från NKS

Det finns en utmaning som skiljer ut Birgir Jakobsson från andra sjukhusdirektörer – och det är naturligtvis Nya Karolinska Solna. Det är en enorm uppgift att planera inför Nya Karolinska.

– Men om vi får fortsätta på vårt sätt är jag inte orolig. Risken är att vissa grupper har dolda agendor som kommer att påverka genomförandet av NKS-planerna.

Han ser NKS som en hävstång i den egna organisationen – NKS ska bli ett lyft. Han räknar med att hela organisationen utvecklas i takt med att NKS förverkligas.
– Men det är naturligtvis inte huset som ger oss förutsättningarna – det är människorna som arbetar här.

Birgir Jakobsson, Sjukhusdirektör, Karolinska universitetssjukhuset, Solna och Huddinge

Bakgrund: Birgir Jakobsson är barnläkare och var fram till 2003 divisionschef vid Huddinge universitetssjukhus. Han utsågs då till vd för S:t Görans sjukhus, som ingick i Capio. Sedan 2007 är han sjukhusdirektör för Karolinska Universitetssjukhuset.



Vi måste få med oss medarbetarna

VD:n på Sveriges största privatdrivna akutsjukhus har ögonen på sig i särskilt hög grad. Marginalerna för att göra fel är inte stora.

– Det roligaste med jobbet är att skapa ett lärande klimat, att förändra kulturen för att kunna arbeta bättre tillsammans.

Kulturförändringarna är alltså den största utmaningen för Britta Wallgren.

– I vårt sätt att arbeta med kontinuerlig förbättring är det nödvändigt att vi har med oss medarbetarna och att vi får aktiva förbättringsförslag från dem.

”Alla vårdprofessioner utbildas i stuprör - och sedan förväntas det av oss att vi ska arbeta i team”

Utbildning i stuprör

En annan utmaning är utbildningssystemet och de paradoxala följderna av hur utbildningarna är upplagda.

– Alla vårdprofessioner utbildas i stuprör – och sedan förväntas det av oss att vi ska arbeta i team!

Läkarnas roll som ledare ser Britta Wallgren som naturlig.

– Läkare är ju nästan alltid ”ledare” i det dagliga vårdarbetet men att vara ledare uppfattas som att ”vara administratör”. Innehållet i ledarskapet behöver synliggöras. Det är lätt för en läkare att få acceptans som ledare från både andra läkare och från andra yrkesgrupper. Det viktigaste är dock inte professionen i sig utan engagemang och ledaregenskaper.

Tidigt IT-intresserad

Britta Wallgren blev tidigt intresserad av de nya möjligheter som modern IT kan ge. Det såg hon redan när hon införde ett IT-stött bemanningsschema. Idag kan flera viktiga parametrar (vårdplatser mm) avläsas i realtid i sjukhusets datasystem.

– *Då blir det ett verktyg som är till stor hjälp, inte bara en statistisk uppföljning i efterhand.* Att information bara dokumenteras på ett ställe, istället för på flera olika, är ett önskemål som hänger samman med IT-systemen, liksom att information kan delas på ett säkert sätt mellan olika vårdgivare. Till IT hör även arbetet med e-hälsa och olika åtgärder för att göra vården öppnare och mera tillgänglig för patienterna.

Inga självklarheter

– *Patientperspektivet är oerhört viktigt, allt mer viktigt skulle jag säga. Det är sjukvårdens uppgift att ge patienterna förutsättningar för att göra informerade val.*

– *Vi måste våga involvera patienten. När vi gör det tror jag vi får en hävstång med stor kraft att göra vården bättre.*

Samtidigt säger hon att det inte är alldeles lätt att få med all vårdpersonal på det nya synsättet. En patientinvolverande vård är inte alltid en självklarhet.

Ständiga förbättringar

– *Som privat vårdgivare måste vi ge något extra.*

– *Vi måste arbeta för att visa kvaliteten tydligt, vi tror på att hög kvalitet lönar sig – och att den gör det bättre för såväl patienter och anställda som för ekonomin i sjukvården.*

Det nya vårdavtalet med Stockholms läns landsting ställer nya krav – S:t Görans sjukhus ska leverera högre kvalitet till lägre kostnad.

Att arbeta med ständiga förbättringar, enligt lean-modellen, har varit en av ledstjärnorna på S:t Görans sjukhus.

– *Sjukhuset ska styras efter kvalitetsmått och mått på hälsan.*

I det arbetet finns det några tydliga utmaningar, som S:t Görans anställda arbetar vidare med. Till dessa utmaningar räknas övergångarna mellan olika kliniker och avdelningar samt orsakerna till onödiga väntetider.

– *För att bättre klara av utmaningarna krävs större flexibilitet i organisationen.*

Britta Wallgren säger i samma andetag att hon är mycket nöjd med den flexibilitet som gjorde det möjligt för medicinakuten att ta emot 10 procent fler patienter i början av 2013 jämfört med året innan – och samtidigt förbättra handläggningstiderna.

Svårt att rekrytera

Som många andra ledare i sjukvården nämner hon rekryteringen som en stor utmaning. Det gäller vissa läkargrupper och det gäller sjuksköterskor.

– *Vi måste få möjligheter att locka de unga till vår sektor.*

Ökad transparens

– *Från Cups fick jag med mig en kunskap om hälsoekonomi, samspelet med politiken och betydelsen av transparens i verksamheten. En viktig förändring under senare år, för att öka transparensen, har varit införandet av Öppna jämförelser, menar Britta Wallgren.*

Efterlyser ny Cups-kurs

Hon tycker inte att Cups i första hand gav henne specifika verktyg för att klara det dagliga jobbet – utan mera en förståelse för sammanhang och interaktioner.

Hon påpekar att mycket av kunskaperna från Cups bearbetas långsamt och att det skulle behövas en fortsättningskurs när det har gått en tid. Den kunde erbjudas när deltagarna varit ute i verksamheten några år och prövat kunskaperna i organisationsteori, ledarskap och gruppdynamik i det dagliga arbetet.

– *Det är så lätt att de kortsiktiga problemen tar överhand, att man bara löser de problem som är akuta.*

– *Alla ledare behöver någon gång komma ifrån det dagliga och lyfta blicken.*

Britta Wallgren, Sjukhusdirektör, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Bakgrund:

Specialistläkare i anestesi. Läkarchef på S:t Görans sjukhus från 2003, verksamhetschef 2007. Hon lämnade 2009 posten som verksamhetschef för anestesikliniken för att bli VD för Capio S:t Görans sjukhus.

Kort om Capio S:t Görans sjukhus

Capio S:t Görans är ett akutsjukhus som tog emot cirka 77 000 akuta patientbesök under 2012.

Sjukhuset har 31 medicinska specialiteter och var landets första sjukhus att drivas som aktiebolag, med start 1994. Sedan år 2000 ingår S:t Görans sjukhus i en privatägd vårdkoncern, Capio AB, och är det första och hittills enda akutsjukhuset i Sverige med en privat ägare.



Ekonomi måste paras med professionellt omdöme

Det är omvittnat att Toivo Heinsoo, landstingsdirektör i SLL, har djup kunskap om vården, ledarskapskunnande, nytänkande och mod. Ingen annan ledare i sjukvården har väl bundit så mycket ris åt egen rygg som Toivo Heinsoo – flera av de pågående förändringsprojekten i svensk sjukvård har han själv medverkat till att driva fram. Det gäller bland annat valfrihetssystemen och patientens delaktighet.

Stockholms län beräknas ha 300 000 fler invånare 2020 jämfört med 2013. Både antalet äldre och barn ökar kraftigt. Den dramatiska ökningen tvingar landstingets ledning att se om sitt (sjuk)hus. Både struktur och funktion ändras.

Inom Toivo Heinsoos domvärjo råder därför en febril verksamhet. Omställningarna ställer mycket stora krav på både ledarna och alla anställda. Några exempel på förändringar och nyordningar som äger rum samtidigt: Landstingets nya framtidsplan, Nya Karolinska, LOV (lag om valfrihetssystem), vårdval till specialistsjukvård och Tiohundra projektet där landstinget och Norrtälje kommun samordnar över gränserna.

Största utmaningarna

På Toivo Heinsoos lista över de största utmaningarna – sannolikt större än vad de någonsin tidigare varit för SLL – står:

- *Bemästra de växande vårdbehoven som följer av befolkningsökningen.*
- *Antalet kroniker blir fler – idag överlever fler med allvarliga sjukdomar.*
- *Ta hand om fler äldre, som får fler sjukdomar.*
- *Kompetensförsörjningen*
- *Patientens delaktighet*

Inom flera specialiteter är det idag svårt att hitta specialistutbildade sjuksköterskor och läkare.

– Det ställer särskilda krav på ledarna i sjukvården. Vi måste använda de specialister vi har så effektivt som möjligt. Det kommer inga omedelbara förbättringar i tillgången till specialister.

Dagliga krav på delaktighet

Patienternas delaktighet, som finns med bland Toivo Heinsoos utmaningar, kräver andra arbetssätt och ofta en annan kultur än vad vården haft. Det är en förändring som varit på gång under lång tid men först nu börjar få fäste:

– För våra ledare och medarbetare är det en utmaning varje dag. Vi ställer krav på bättre informationsgivning, mätningar av ledtider och utvärderingar. Det är en jätteförändring för en i grunden traditionell organisation.

Ersättningar under luppen

När det gäller ersättningssystemen i sjukvården kan han hålla med om en viss del i kritiken:

– Vi knöt ersättningarna för länge till produktion och tillgänglighet, istället för till vårdens resultat och kvalitet.

Han är inte oroad över att ekonomiska ersättningar skulle innebära för kraftiga styrsignaler:

– Många ersättningar har införts utan att vi känt de exakta effekterna. Men kloka professionella beslut är en garanti för att ekonomiska ersättningssystem inte slår fel.

– Vi kan inte gå tillbaka till det tidigare systemet där vi inte visste vad vi gjorde. Kom ihåg den berättigade kritiken mot operationssalar som stod tomma de flesta av dygnets timmar.

”Kloka professionella beslut är en garanti för att ekonomiska ersättningssystem inte slår fel”

Andra kompetenser

Han talar sig varm för att sjukvården behöver andra kompetenser och kunskaper utifrån resten av samhället.

– Det behövs i fortbildningen av våra ledare. Alltför länge tog vi bara hjälp av ekonomiska och administrativa incitament för att vägleda patienterna, vi borde ha vänt oss till beteendevetarna tidigare.

Han tror också att nya yrkesgrupper skulle kunna göra nytta i vården. Toivo Heinsoo har själv varit delaktig i att etablera ett nytt kunskapsområde i hälso- och sjukvården:

– När vi startade CUPS, Chefsutvecklingsprogrammet för sjukvården, var hälsoekonomin ett smalt kunskapsområde. Senare har flera myndigheter byggt vidare på den kunskapen, till exempel TLV och Läkemedelsverket.

Idag har sjukvårdens ledare sannolikt lättare att över lag ta till sig de ekonomiska resonemangen kring sjukvården.

– De insatser som Bengt Jönsson (se sidan 6), och andra från Handelshögskolan, gjort kan inte nog hyllas, säger Toivo Heinsoo som var en av dem som såg till att CUPS realiserades.

Toivo Heinsoo, Landstingsdirektör, Stockholms läns landsting, Stockholm

Bakgrund: Landstingsdirektör i Dalarna 1984-1992. Direktör vid dåvarande Landstingsförbundet 1992-2000. Konsultuppdrag och ledarskapsutbildningar. Regeringens utredare om patientens stärkta rätt, vårdval mm. Chef för funktionsområdet Utveckling och styrning vid SLL 2009-2011.





Oroande att sätta pengar på beskrivande indikatorer

Utanför Socialdepartementet finns det få positioner i svensk hälso- och sjukvård med bättre översikt och mer inflytande än från posten som chef för hälso- och sjukvårdsavdelningen på Sveriges Kommuner och Landsting. Under senare år har betydelsen dessutom ökat – tack vara miljardöverenskommelserna med regeringen, som givit SKL en förstärkt roll.

För att leda svensk sjukvård, på olika nivåer, krävs kunskap från många fler fält än det naturvetenskapliga, konstaterar Göran Stiernstedt. Samhällsvetenskap, beteendevetenskap och omvårdnad är de viktigaste.

– Till de största utmaningarna hör att ändra kultur och attityd gentemot patienterna. Vi behöver ledare som vågar utmana och ta upp även obehagliga frågeställningar.

Något exempel?

– När medborgarna kräver större delaktighet måste läkare och sjuksköterskor lämna ifrån sig makt. Det är en stor omställning.

”Vi har kanske haft för mycket fokus på ledaren”

Större krav från medborgarna

Andra stora utmaningar: samordnad vård, äldre-boomen, ökade krav generellt i samhället, större delaktighet för patienterna och den snabba medicinska utvecklingen.

– Det är särskilt fascinerande att vården inte ägnat mer tid tidigare åt den demografiska utmaningen. Göran Stiernstedt är övertygad om att statsmakten inte stillatigande kommer att åse ett misslyckande kring de äldre.

– Det skulle kunna innebära slutet på självbestämmandet för landstingen.

Till de ökade kraven från medborgare hör att allmänhet och media inte längre accepterar till exempel överbeläggningar.

Liksom flera andra i den här intervjuerien räknar Göran Stiernstedt inte finansieringen till de främsta utmaningarna för sjukvårdens ledare.

– Det är mera en faktor som måste vara på plats.

För stort fokus på ledare

Han tar upp en tanke som ingen av de övriga intervjuade fört fram:

– Vi har kanske haft för mycket fokus på ledaren – att denna ska göra underverk med sig själv och alla anställda är för mycket begärt.

– Jag vill ha ett system där varje medarbetare naturligt tar ett större ansvar och inte lämnar över det till sin chef. Sjukvården är ett system som byggs underifrån och professionerna har med sig mycket ansvarstagande från början. Det ligger – eller borde ligga – ett stort mått av ledarskap i läkarens yrkesroll och utbildning.

Han pekar på den absurdt höga chefsomsättningen som ett generellt problem i sjukvården

– Det är ett tecken på ledarskapets svårigheter i primärvården. En annan svårighet i primärvården är utformningen av generalistrollen, när hela sjukvården går mot en specialisering.

Försiktig med styrsystem

Styrningen av hälso- och sjukvård är ett kapitel för sig.

– Med åren har jag blivit försiktigare med att sätta pengar på enskilda parametrar. Jag blir orolig om politikerna sätter pengar på olika delar och processer genom att använda indikatorerna i kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Göran Stiernstedt pekar på alla de framsteg som gjorts när framför allt läkarprofessionen engagerat sig i arbetet med kvalitetsregister.

– Se på Riks-HIA och hjärtsjukvården! Professionen är själva motorn i kvalitetsarbetet.

Om nya styrsystem ska fungera måste de accepteras av läkarprofessionen, menar han.

Samtidigt berömmar han personer som på professionella grunder kan bortse från motstridiga riktlinjer när den individuella patienten ska behandlas.

– Den skickligaste doktorn kan vara den som bryter mot riktlinjer.

Ständigt växande krav

Vi ser hur kraven från omvärlden ständigt växer – hur håller man som ledare jämna steg med kraven? Och hur ska ledarna i sjukvården få tid att fortbilda sig?

– En del av dessa frågor borde finnas med i grundutbildningen. Men viktigast är nog att organisationen blir lärande också vad gäller annat än det medicinska.

– Att lära sig av varandra är en väg framåt för höga chefer. Och jag tror att de institutioner som har expertkunskaperna måste samla dem och erbjuda dem till sjukvården.

Göran Stiernstedt, Chef för avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm

Bakgrund: Infektionsläkare, klinikchef på infektionkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus 1993-96, divisionschef på Huddinge 1996-97, divisionschef och medlem i ledningsgruppen för Karolinska sjukhuset 1997-98. Sjukhusdirektör på Akademiska sjukhuset i Uppsala 1998-2002, biträdande landstingsdirektör i Stockholms läns landsting 2002-2008.





Kraven på kommunikation ökar

Sedan mitten av 1990-talet har en stor del av Mats Bojestigs arbetstid ägnats åt aktivt kvalitetsarbete. Under senare år har även kvalitetsregistren hamnat i fokus för hans intresse.

Under tiden på Höglandssjukhuset i Eksjö fick han Götapriset 2003 för arbete på medicinkliniken och 2005 för Quicc-projektet, ett kvalitetsprojekt i hjärtsjukvården som genomfördes i samarbete med Uppsala Clinical Research Center. Den första Guldskalpellen som Dagens Medicin delade ut gick 2006 till mag-tarm-mottagningen i Eksjö där mottagningen målinriktat infört ett nytt strukturerat arbetsätt där patienten ingår som en del av teamet. I modellen ingår kontinuerliga mätningar av medicinska resultat, väntetider och patienternas upplevelse av den egna hälsan.

Variationen är för stor

Mats Bojestig är ordförande i Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning som organiserar företrädare för vårdgivarna och sex myndigheter. En fråga i det arbetet rör hur företrädare för många olika grupperingar kan samarbeta kring nya riktlinjer. En annan fråga är hur resultaten ska användas och följas upp.

– Jag vill ha nationellt framtagna riktlinjer, säger Mats Bojestig.

– Vi bör arbeta bort den onödiga variationen som vården uppvisar i olika delar av landet.

– Öppna jämförelser har lett till många goda saker. Med Öppna jämförelser har det blivit ett tryck på ökad kvalitet.

Mats Bojestig tycker att om man arbetar i primärvården borde man få se mer av sina egna resultat – för att öka det egna lärandet.

– Vi vet att de som tagit del av sina resultat i kvalitetsregistren blivit bättre, säger han.

Det är en stor utmaning att använda resultaten för lärandet – att förklara och höja den långsiktiga kvaliteten.

”De som tagit del av sina resultat i kvalitetsregistren har blivit bättre”

Styra med pengar?

Hur mycket kan vi använda kvalitetsregister och Öppna jämförelser som grund för en fördelning av pengarna?

– Jag har varit ganska mycket emot en sådan utveckling tidigare. Men om vi gör det på ett varsamt sätt har jag sett hur det kan ge positiva resultat, tack vare ett ökat fokus, för både medarbetare och ledare.

Vilka risker finns?

– *Det går inte att säga annat än att tillgängligheten är bättre idag än den var före kömiljarderna. Man kan spekulera om undanträngning – men den riktigt stora undanträngningen skedde tidigare när alla hindrades från att komma fram i tid.*

Hur ska vi få råd?

Till de stora utmaningarna framöver måste självfallet finansieringen räknas: hur ska vi få råd med allt det vi kan göra?

– *Utvecklingen har givit oss nya dyra läkemedel, konstgjorda linser med mera. Det blir en stor utmaning att klara av kostnaderna för alla de möjligheter som utveckling och forskning ger oss.*

En organisatorisk utmaning är utformningen av vårdval i specialistvården.

– *Införandet av vårdval i primärvården har gått bra. Men att skapa ett system för vårdval i specialistsjukvården utan att fragmentisera verksamheten blir betydligt svårare.*

Ändrade krav

Ledarskapet utvecklas hela tiden och finns med på Mats Bojestigs lista över utmaningar. Med stigande informationsmängder ökar kraven på förmågan att kommunicera och presentera komplicerade sammanhang både för anställda och för patienter. Detta i kombination med att vi kommer att förhålla oss annorlunda gentemot patienterna när konkurrensen om patienterna ökar.

Ledarskapet får mer inslag av sociologi och kunskaper om gruppdynamik kommer att behövas när vi ska förstå hur människor väljer vård, tror Mats Bojestig

Cups öppnade ledarbana

Mats Bojestig gick Cups-utbildningen 1995-96.

– *Cups gjorde att jag kom in på ledarbanan. I arbetet som ledare märkte jag att systematiska kvalitetsprojekt kan ge en stor kraft inifrån organisationen.*

Han kommer fortfarande ihåg flera av föreläsarna på kursen. I några fall har kontakten med dem utvecklats under flera år.

– *Vi fick lära oss om balanced scorecard innan det var ett spritt begrepp. Det är en metod som jag fortfarande använder dagligen.*

Mats Bojestig, Hälsa- och sjukvårdsdirektör, Landstinget i Jönköpings län, Jönköping

Bakgrund: 1996-2006 var Mats Bojestig verksamhetschef vid medicinkliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö. Sedan 2006 har han arbetat som hälso- och sjukvårdsdirektör för Landstinget i Jönköpings län. Han leder flera grupper i Kulturums regi kring kliniska förbättringar och utvecklingsarbeten rörande nationella kvalitetsregister.





Den traditionella läkarrollen utmanas

I centrum av flera förändringsprocesser i svensk hälso- och sjukvård återfinns läkarkåren. Håkan Wittgren är VD för Läkarförbundet som är ett fackförbund som stadigt får fler medlemmar, i takt med att antalet läkare i landet växer.

En stor utmaning är samordningen av de olika intressenter som finns i sjukvården, säger Håkan Wittgren

– Bristen på gemensamma mål i verksamheten kan av och till leda till frustration mellan professionerna, den administrativa ledningen och politikerna. Till detta kommer revirtänkande mellan olika professioner. Det optimala hade varit att alla insett att alla professionerna behövs i sjukvården. Håkan Wittgren efterlyser tydligare roller för de olika aktörerna, särskilt nu när mycket i sjukvårdens organisation görs om.

Läkarrollen omprövas

– Sedan ett par decennier sker en successiv förändring av den traditionella läkarrollen. Det är en utmaning för både individerna och Läkarförbundet som organisation. Tidigare var autonomi i läkaryrket större. Det fanns större utrymme för ett eget arbetssätt.

En stor förändring kom 1991 med chefsöverläkarreformen, som samlade det medicinska och administrativa ledningsansvaret hos en person – den så kallade chefsöverläkaren (chöl). Innan dess fanns ett eget medicinskt ansvar hos varje överläkare. 1997 kom nästa förändring, då det blev möjligt att vara chef för en vårdverksamhet utan att vara läkare.

”De fria nyttigheterna är på väg att försvinna”

Önskan om läkarmedverkan

Traditionellt har läkarna haft mycket inflytande över hälso- och sjukvården. Man kan fråga sig om andra yrkeskategorier nu tagit makt och inflytande från läkarna?

– Jag ser det inte så. Jag uppfattar att det finns en stark önskan i sjukvården om att läkarna ska ta ett stort ansvar i verksamheten, mer än det medicinska ansvaret. Det gäller till exempel den strategiska utvecklingen av vården.

Förändrade krav

En annan utmaning för läkarna är att styrning och uppföljning skärpts på många punkter. Läkare måste nu i ökad omfattning, enligt Håkan Wittgren, fokusera på kvalitetsuppföljning och kostnadsmedvetande.

– Samtidigt måste läkarna vara beredda på att genomföra förändringar, för att snabbt ta hänsyn till de nya metoder, apparater och läkemedel som hela tiden utvecklas. Det är viktigt att de systemen harmonierar med varandra. Det gör det inte alltid idag.

Det ställer krav på ledarskapet i framtiden. Som chef i vården behöver man dels ha insikt i kärnan i vårdprocessen som är det enskilda patientmötet, dels förstå förutsättningarna i det vårdssystem man verkar inom.

Ökad statlig styrning

Det finns även andra genomgripande förändringar som innebär nya förutsättningar för läkarkåren och svensk sjukvård.

– En utredning vi gjorde visar att utvecklingen går mot en ökad statlig styrning, regionalisering och mångfald.

Han tror inte att det är möjligt att vrida klockan tillbaka när det gäller den ökade andelen i privat drift.

Brist i primärvården

Den riktigt stora ramen – den som reglerar hur välfärden i stort ska finansieras – innebär att omsorg och vård för allt fler äldre ska bekostas av allt färre i arbetsför ålder. Samtidigt visar Läkarförbundets egna undersökningar att antalet läkare i primärvården ligger långt från förbundets mål.

– Detta är allvarligt, säger Håkan Wittgren. Primärvården måste fungera om inte specialistvården ska överansträngas.

Läkare och chefskap

– Läkarförbundet verkar för att läkare skall stimuleras och rustas till ledarroller inom vården, såväl till formellt chefsansvar som att leda vardagens vårdprocesser. Det räcker dock inte med en läkarutbildning för att bli bra chef. De läkare som vill ta på sig chefskap i vården måste vara väl preparerade och behärska ledarskap.

Läkarförbundet arbetar sedan flera år för att alla läkare får en adekvat ledarskaps- och chefsutbildning, obligatoriska moment inom ST-tjänstgörningen är ett bra exempel på detta.

CUPS har ju också varit ett framgångsrikt initiativ, avslutar Håkan Wittgren.

Håkan Wittgren, Verkställande direktör, Sveriges Läkarförbund, Stockholm

Bakgrund: 1995-1999 var Håkan Wittgren primärvårdschef i Sigtuna. 2000-2008 arbetade han på Praktikertjänst, större delen av tiden som chef för affärsområdet Hälso- och sjukvård. Han lämnade arbetet där för att ta över VD-skapet i Sveriges Läkarförbund 2009.





Patientmedverkan allt viktigare i ledning och styrning

Hur styr och leder vi hälso- och sjukvården på bästa sätt? Vissa av utmaningarna finns med från år till år. Andra blir viktigare under kortare perioder. Idag är det patientmedverkan och patientcentrering som ställer sjukvårdens ledare på nya prov.

Det kan tyckas som en självklarhet att patienterna borde stå i centrum för hälso- och sjukvårdens aktiviteter. Men trots att detta har upprepats under två till tre decennier är det inte förrän nu som patienterna och deras företrädare på allvar bjuds in.

Dialog med doktorn

– Idag får jag som patient ha en dialog med min doktor. Det kunde jag inte ha, annat än undantagsvis, för tio år sedan, säger Anne Carlsson (t.v.), färgstark ordförande i Reumatikerförbundet, som är den största patientföreningen i landet. I intervjuerna med hälso- och sjukvårdens ledare i denna skrift framgår det tydligt – frågan om patienternas deltagande i planering, behandling och forskning är den vanligast återkommande bland ”nya” utmaningar. Och frågan tycks återkomma på alla nivåer. Från patient-läkarmötet på den enskilda mottagningen till planeringen på övergripande nivå på Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns en nyvaknad medvetenhet om att styrning och ledning tidigare har försummat att ta hänsyn till patienternas delaktighet och egna bedömningar. – *Med ett större engagemang från patienten kommer också ett ökat ansvarstagande. I dag har jag mer information och kunskap om hur jag ska äta och motionera för att må bättre, trots min kroniska sjukdom, berättar Anne Carlsson.*

Många gränser i sjukvården

Elisabeth Wallenius (t.h.), ser vården ur ett annat perspektiv. Hon är ordförande för brukarorganisationen Sällsynta diagnoser som samlar patienter med sällsynta sjukdomar och deras familjer: – *Olikheter och hinder styr sjukvården fel, särskilt för de sällsynta diagnoserna. Vårdgivare behöver möta flera patienter med samma eller liknande diagnos för att lära sig och förstå de olika tillstånden. – I Sverige är närhet och primärvård avgörande och viktiga byggstenar samt att varje landsting styr sin egen vårdutveckling. Detta missgynnar vård- och kunskapsutveckling för det som är sällsynt och vi inte redan har kunskapa om. Ibland får jag intrycket att många tjänstemän i landstingens administrativa staber styr efter egna behov och omdöme.*

Patienterna släpps in

Båda patientföreträdarna uttrycker en stark vilja att vara med när sjukvården ska förändras.

Elisabet Wallenius har egen erfarenhet av att patienterna och deras företrädare har fått mer att säga till om. Genom sitt engagemang i Sällsynta diagnoser har hon deltagit i det na-



tionella arbetet med att ta fram en ny och hållbar struktur för vården av sällsynta diagnoser. Nu ska den vården samlas på sex kunskapscentra i lika många universitetsstäder. Anne Carlsson har under flera år stöttat arbetet med att bygga upp reumatikerregistret och de nya möjligheterna för patienterna att engagera sig i den egna vården.

Båda två menar att det idag finns en ärlig vilja från sjukvårdens sida att släppa in patienterna i olika planerings- och beslutsprocesser.

Brister i organisationen

– Jag kan ibland tycka att vårdens organisation ser ut som den gör på grund av brist på ledarskap, säger Anne Carlsson.

Hon ger två exempel.

– Varför har man till exempel inte tidigare reglerat läkarnas arbetstid?

– Och varför har vi ett ersättningssystem som helt bygger på att mäta antalet besök? Vi måste använda andra mått, som mäter viktigare saker. Det kan vara medicinsk kvalitet, patientupplevd kvalitet eller hela, sammanhållna vårdprocesser. Sjukvården präglas fortfarande av för många gränser mellan olika verksamheter, säger Anne Carlsson.

”Ibland styr landstingens administrativa staber efter egna behov och omdömen”

Gräns för delaktighet?

Var går gränsen för patienternas delaktighet?

– Patienternas företrädare borde sitta med i samliga beslutande organ i sjukvården. Men det kräver också något av oss, som större kunskaper och att de olika patient- och brukarorganisationerna måste komma överens om olika handlingslinjer, menar Anne Carlsson.

Både Elisabeth Wallenius och Anne Carlsson riktar några kritiska ord mot patientorganisationerna.

– Om vi bara uppför oss som kravmaskiner utan tydliga kunskaper blir vi inte trovärdiga, säger Anne Carlsson.

För att patientföreträdarna ska klara av alla sammanhang där de numera är efterfrågade vill de få möjlighet att utveckla patient/brukarmedverkan.

– Våra företrädare behöver vara flex, ha mer kunskap och förmåga för att utföra sina uppdrag. Det kräver resurser och måste prioriteras om man menar allvar med patienternas delaktighet. Om inte blir budskapet om brukarmedverkan och delaktighet bara tomma ord avslutar Elisabeth Wallenius.

Anne Carlsson, Ordförande, Reumatikerförbundet, Stockholm
Elisabeth Wallenius, Ordförande, Riksförbundet Sällsynta diagnoser



Anna Krohwinkel Karlsson



Per Gunnar Holmgren



Karin Fernler



FORSKARNAS PERSPEKTIV

Mats Tyrstrup



Jon Rognes



Claes-Fredrik Helgesson



Var ligger vårdens problem?

I den allmänna debatten beskrivs hälso- och sjukvården vanligen som i behov av utveckling och förbättring. En del pekar på kvalitetsbrister. Andra på att kötider och behandlingsresultat varierar över landet. Många menar att det finns för lite resurser i vården och att situationen dessutom kommer att förvärras framöver i takt med att en allt större andel av befolkningen blir allt äldre. Att riskerna för att bli sjuk i kontakterna med vården inte är försumbara upprör många. En annan återkommande kritik rör den bristande samordningen när man som patient har kontakt med flera vårdgivare. Även om den svenska vården producerar mycket gott i termer av diagnoser, behandlingar och rehabilitering – något många patienter och anhöriga kan vittna om – överskuggas detta av att det finns så många och så stora problem i andra avseenden.

Situationen är dock inte ny. Möjligen kan man hävda att intensiteten och polariseringen i debatten tilltagit något och att larmrapporterna duggar lite tätare idag än tidigare. Att vården återkommande beskrivs som bristfällig på olika sätt ger politiker, myndigheter och vårdgivare starka skäl att söka och presentera lösningar på de uppkomna situationerna. Det har också gjorts försök, inte minst politiska, att sätta fingret på vad som skulle vara det mer grundläggande problemet inom den svenska sjukvården. Förenklat uttryckt finns tre huvudsakliga problemformuleringar.

En första problemformulering går ut på att det saknas resurser och att hälso- och sjukvården därför inte kan producera bra och säker vård. I den utsträckning detta är korrekt är lösningen enkel – att tillföra pengar. Om det är pengar som saknas är en följd effekt att både problemet och lösningen blir politiska, eftersom det krävs antingen skatthöjningar eller omprioriteringar mellan vården och andra offentligt finansierade verksamheter i form av exempelvis kollektivtrafik (för landstingen) eller skolan (för kommunerna).

En annan vanlig problemformulering går ut på att vården är felstrukturerad på en övergripande sektorsnivå. Det kan röra relationer inom och mellan landsting, till kommunerna och till både offentliga och andra vårdgivare. Stämmer detta är lösningen att genomföra policyreformer. Även här blir problemen politiska och inte sällan av ideologisk karaktär. Det kan exempelvis handla om att försöka förbättra vården genom att främja konkurrens, företagsamhet och innovationsförmåga. Husläkarreformen, vårdval och privatiseringar är några exempel på sådana ideologiskt laddade reformer som syftar till att forma vårdens villkor och funktionssätt på en

övergripande nivå. Med vårdgarantin var tanken att man kan främja utveckling genom att jämföra vårdenheter utifrån deras väntetider och på så sätt föra in ett visst mått av tävling inom sektorn. I och med den så kallade kömiljarden kompletterades detta initiativ med ett ekonomiskt incitament att prioritera tillgängligheten: de vårdenheter som presterar bäst kan få ytterligare ersättningar för den verksamhet de bedriver. Liknande satsningar har nyligen lanserats inom flera andra områden.

En tredje, nära relaterad problemformulering går ut på att sjukvården är ineffektivt organiserad på verksamhetsnivån. Stämmer detta är lösningen att identifiera, eller utveckla, modeller för organisering av vård i såväl det dagliga operativa arbetet som när det gäller sätten att leda och styra verksamhetsenheter såsom exempelvis sjukhus och vårdcentraler. Balanserade styrkort, kvalitetscertifieringssystem och lean-processer är alla exempel på vad detta kan handla om. Även tekniska lösningar som syftar till att förbättra dokumentation och informationsflöden kan räknas hit. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem i vården är ett annat, mer specifikt, exempel på en lösning som syftar till att effektivisera och kvalitets-säkra det dagliga arbetet i lokala verksamheter.

Den här skriften diskuterar framför allt den sistnämnda problemformuleringen, det vill säga idén att hälso- och sjukvårdens problem handlar om bristande system för ledning, organisering och styrning eller svårigheter med att införa fungerande modeller för ledning, organisering och styrning. Problemen, och därmed också lösningarna, placeras i detta fall hos verksamheterna eller hos organisationer med uppdrag att ekonomiskt ersätta, reglera eller utöva tillsyn över dessa. Men frågorna hänger nära ihop med det reformarbete som pågår på sektorsövergripande nivå. En svårighet för dagens verksamhetschefer inom vården är exempelvis att det ställs så många olika krav från så många olika aktörer på hur verksamheten ska bedrivas. Den svårigheten, och möjligheten att hantera den, kan inte frikopplas från den omvärld som genererar alla dessa krav. Därmed blir frågan om vad gott ledarskap är, och hur och på vilka nivåer det kan påverka vårdpraktiken, också mer komplex än vad den oftast framställs som. Mängden finansiella resurser sätter naturligtvis också ramarna för hur sjukvården kan ledas och styras, men frågan om huruvida de ekonomiska resurserna till vården kan och bör ökas berörs inte här. Det är styrning, organisering och ledning som står i fokus, och de modeller, lösningar och reformer som på olika sätt syftar till att förändra och förbättra verksamheten.

De generella modellernas magi och ledningsarbetets komplexa praktik

Vårt samhälle genomsyras av idén att det finns lösningar, gärna en tydlig lösning, på alla problem. I allt från fikarumsdiskussioner till vad som skrivs på tidningarnas ledarsidor, påminns vi ständigt om att problem har lösningar och denna inställning ligger som ett solitt fundament för hur vi resonerar om tillvaron. När det gäller styrning, ledning och organisering av hälso- och sjukvården antar lösningar vanligen formen av generella modeller. Generella modeller är föreställningar om hur organisationer ska ledas och organiseras. Vilken organisationsstruktur som är lämplig, vilka verksamhetsprocesser som bör användas, och vilka värden som bör fokuseras. De är generella i den meningen att de förmodas vara lämpliga för att styra, leda och organisera i stort sett alla typer av vårdverksamheter. Beställar-utförarmodeller, kvalitetscertifieringar enligt QUL och senare ISO, balanserade styrkort, lean production, patientsäkerhet – den som varit med några år i vården kan räkna upp många exempel som kommit och gått i takt med att de varit på modet.

Gemensamt för lednings- och styrmodeller är att de utvecklas utifrån föreställningar om organisatoriskt ledningsarbete som har karaktären av för-givet-tagna ”sanningar” (Tyrstryp, 1993). Ofta förutsätts att ledningen, till följd av sin formella position, har ett avgörande inflytande på alla väsentliga organisatoriska aktiviteter och skeenden. En annan vanlig föreställning är att ledaren som individ bör tillmätas stor vikt; sålunda är diskussioner kring ledaregenskaper och ledningsstilar vanliga. För det tredje antas att ledningsarbete präglas av rationalitet och systematik, och därmed främst handlar om beslutsfattande i stora och strategiskt viktiga frågor.

Organisationsforskning har dock gång på gång visat att ledningsarbetets praktik utgörs av en varierad och situationsspecifik uppsättning aktiviteter som inte kan formaliseras eller sammanfattas i form av generellt giltiga administrativa principer (Lind, 1998). Efter att ha studerat vad verkställande direktörer gjorde under sin arbetsdag konstaterade ledarskapsforskaren Sune Carlsson att dessa chefer snarare är att likna vid marionettdockor som dras och slits i av omgivningen, än dirigenter som står på sin pulpet och dirigerar organisationsorkestern (Carlsson, 1950). Carlsson drog sin slutsats för mer än halvsekel sedan med utgångspunkt i studier av ledare för privata börsnoterade storföretag. En nutida ledare inom hälso- och sjukvården är garanterat inte mindre styrd av krav från omvärlden. Komplexiteten i ledningssituationen förstärks av att nya krav och styrsignaler ofta tolkas och tillämpas på olika sätt inom olika områden och på olika nivåer av vården. Samtidigt finns det ofta sediment av tidigare populära lednings- och styrmodeller kvar inom varje enskild organisation. Följden blir ett myller av alternativa styrlogiker att förhålla sig till i vardagens arbete.

Den här textens syfte och fokus

I den här texten ska vi inte lansera ytterligare en generell modell som lösningen på världens styrnings-, lednings- och organiseringsproblem. I stället ska vi problematisera vissa etablerade föreställningar om ledningsarbete och de relaterade föreställningar som finns om hur organisationer fungerar och hur omvärlden påverkar verksamheten. Det övergripande syftet är att visa på möjligheten till ett nytt förhållningssätt och ett därmed förenat nytt handlingsutrymme för ledare som på olika nivåer vill påverka världen.

Ett klagörande kring de grundläggande begreppen är här på sin plats. Företagsekonomisk och organisationsteoretisk forskning beskriver ofta ledarskap och ledning som något som kan uppstå var som helst i samhället, oavsett formella positioner och mandat. I denna text intresserar vi oss dock huvudsakligen för det ledarskap som kan och bör utövas i organiserade sammanhang – det som också går under benämningarna management, styrning eller chefskap (Strannegård & Jönsson, 2010). Därmed blir det intressant att studera mötet mellan formella lednings- och styrmodeller och vårdverksamhetens vardag – samt att diskutera vilka förutsättningar som råder och vilka handlingsmöjligheter som finns för de personer som arbetar med att omsätta dylika modeller i konkreta aktiviteter.



Den bångstyriga vården och den mångfaldiga styrningen

Ofta uppfattar vi på goda grunder hälso- och sjukvården som en verksamhet som är särskilt svår att leda och styra. Det beror inte på brist på försök. Under de senaste decennierna har vi, som nämnts ovan, sett en strid ström av modeller för ledning och styrning passera revy. Det sker också ett omfattande arbete med att samla in, registrera och rapportera en ständigt ökande mängd indikatorer och mätetal i syfte att möjliggöra systematiska mätningar och utvärderingar av vårdens prestationer.

Samtidigt är det inte en sammanhängande och entydig styrning och utvärdering som bedrivs. Organisationer som bedriver vård mottar en mängd styrsignaler från flera olika källor. Landstingen bedriver klassisk förvaltningsstyrning eller olika former av beställarstyrning. Myndigheter ägnar sig åt annan typ av styrning, exempelvis i form av behandlingsriktlinjer utgivna av Socialstyrelsen, läkemedelsgodkännanden utfärdade av Läkemedelsverket, och subventionsbeslut tagna av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Krav ställs också mer direkt från politiskt håll. Till exempel formulerar Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting egna mål för och förväntningar på vården och vårdens uppdrag. En del av dessa är tvingande medan andra har karaktären av mjukare riktlinjer. Sådana kan dock bli nog så hårda i praktiken, särskilt om de kombineras med en omfattande kvantitativ uppföljning och kopplas till ekonomiska incitament. Granskning i form av de allt vanligare rankingarna utgör också en mycket kraftig styrsignal. Nationella öppna jämförelser där prestationsmått som väntetider och behandlingsresultat för olika sjukvårdsenheter görs öppet tillgängliga är ett exempel, liksom den information som landsting och kommuner tar fram och publicerar för att underlätta för medborgare att välja exempelvis primärvårdsmottagning eller hemtjänst.

Det finns också mer direkta styrsignaler som till exempel beslut kring arbetets fördelning mellan olika vårdområden, avtal mellan vårdgivare och beställarenheter inom samma organisation, resultatkrav från såväl offentliga som privata ägare och policys om alltifrån värdegrunder till miljö och jämställdhet och patientsäkerhet. Styrning produceras också internt i det omfattande förändringsarbete som sker inom många vårdorganisationer. Även patienter och deras företrädare i form av patientföreningar finns med bland dem som försöker påverka vilken vård som ska ges och hur den ska organiseras. För att inte tala om den återkommande granskar- och kritikern massmedia som ofta har starka och bestämda synpunkter på vad som vid ett visst tillfälle är fel i vården.

Att olika modeller och initiativ rörande ledning och styrning av vården utvecklas inom olika områden på flera olika nivåer samtidigt är en stor utmaning. Utifrån ett huvudmannaperspektiv är det ett uppenbart problem att många av försöken att utveckla styrning och ledning verkar få en begränsad effekt i relation till intentionerna. Ur ett verksamhetsperspektiv ligger utmaningen i att de styrsignaler som påverkar vardagsarbetet är många, olika, svårtolkade – och ibland rent av motstridiga. Hälso- och sjukvården är kort och gott utsatt för en mångfaldig styrning. Detta har en rad olika förklaringar.

Drivkrafter bakom mångfaldig styrning

En bakomliggande orsak till fenomenet mångfaldig styrning är att många nya typer av lednings- och styrmodeller har införts under de senaste decennierna. Reformivern i vårdsektorn kan spåras till en större omdaning av den offentliga sektorn i Sverige. För att komma till rätta med återkommande budgetunderskott inleddes under början av 1990-talet en reformutveckling med nyliberala inslag som går under samlingsbegreppet New Public Management (Hood, 1991). Viktigt att betona är att paraplybegreppet New Public Management inte är ett enda tillvägagångssätt. Det är ett kluster av idéer hämtade från administrativ praktik i den privata sektorn.

Förenklat innehåller New Public Management tre större inslag (Øgård, 2000). Det första inslaget är tron på ledarskapets betydelse. Det är med ledaren i centrum som en ny och mer dynamisk offentlig organisationsform skall skapas. Genom ökat bruk av decentralisering och delegering skall det lämnas utrymme för ledarskap. Det gäller såväl politiskt ledarskap, ledarskap i myndigheter, ledarskap i serviceenheter (förvaltningschefer), och ledarskap i de operativa verksamheterna. Det ledarskap som efterfrågas bör utövas av professionella, eftersom det inte räcker som i gamla tider att vara expert på organisationens eller sektorns sakfrågor. Ledaren ska också ställas till svars för organisationens prestationer, i form av resultat och effektivitet.

Det andra inslaget innebär ökad användning av indirekt styrning av och i förvaltningen. Strävan är att bryta ner de stora integrerade organisationerna i offentliga sektorn till självständiga resultatenheter med högre grad av autonomi. Marknadsorientering är en viktig metod för att åstadkomma denna förändring. Men även andra lednings- och styrtekniker, såsom exempelvis mål- och resultatstyrning, kvalitetssäkring och så småningom också benchmarking, rekommenderas. Total privatisering finns med men bara som ett undantag. En stor poäng är snarare att det offentliga bör fungera som styrman på statsskeppet men inte nödvändigtvis

som roddare. I vart fall bör styrmansfunktionen och roddarfunktionen skiljas åt. Viktigt i det sammanhanget är bolagisering av offentliga verksamheter samt utkontraktering och konkurrensutsättning för att öka effektiviteten och flexibiliteten.

Det tredje inslaget är införandet av ett kundbegrepp inom offentlig verksamhet och fokuseringen på brukare och kunder – som grupp men också som enskilda individer. Denna del av New Public Management riktar sökarljuset mot hur organisationer kan omdanas så att faktiska och potentiella brukare får större inflytande, samt att prestationerna blir mer individuellt anpassade. Tanken är att det offentliga systemet lägger för liten vikt vid att skaffa fram information om invånarnas önskemål och behov. När det inte finns någon marknad som kan signalera efterfrågan efter offentliga tjänster söks det efter mekanismer som kan förbättra informationsströmmarna från allmänheten och brukarna in i beslutsprocesserna. Detta kan ske genom att brukarna får välja mellan alternativa serviceproducenter och därmed förvandlas till kunder. Utöver enskilda brukares val av utförare kan utvärderingsmoment även synliggöra kundernas tillfredsställelse som grupp, då deras upplevelse av den service de får mäts, till exempel med hjälp av ett nöjd-kund-index.

Utvecklingen av nya mät- och utvärderingsinstrument knyter nära an till en annan av de bakomliggande orsakerna till mångstyriheten inom hälso- och sjukvården, nämligen trenden mot en allt mer detaljerad uppföljning. Ofta kopplas detta, som diskuterats ovan, samman med spridningen av New Public Management med dess fokus på marknadsorientering av offentlig sektor, liksom spridningen av styrmetoder som traditionellt använts inom företag snarare än i offentlig verksamhet. Men det ökade intresset för uppföljning och utvärdering via mätbara mått är inte begränsat till ekonomisk uppföljning. Utvecklingen kan snarare ses som ett uttryck för att sjukvården inte har undgått att påverkas av framväxten av det så kallade ”gransknings-samhället” (Power, 1997). Centrala drivkrafter bakom denna utveckling är ökade krav i stora delar av samhället på ökad transparens och ansvarighet, också bland verksamheter och aktörer som tidigare har åtnjutit stort förtroende och autonomi. Hälso- och sjukvården och läkarprofessionen är ett typexempel. I takt med att frågor om vårdens kvalitet och resultat har gått från att ha hanterats internt av sjukvårdsprofessionerna själva till att bli föremål för den allmänna debatten, har kraven på specificerade mätningar och uppföljningar av allt fler aspekter av verksamheten mångfaldigats (Sahlin-Andersson, 2006). När kartläggningar och regionala jämförelser av praxis visar på brister och variationer i kvalitet, blir den generella slutsatsen vanligen att såväl politiker som myndigheter ska förstärka sin uppföljning och analys. Detsamma gäller uppmärksammade fall av vårdskador och vårdskandaler.

Många goda värden ska hanteras – man kan inte välja eller välja bort

En viktig källa till den mångfaldiga styrningen som vi särskilt vill betona är att hälso- och sjukvården har att förhålla sig till ovanligt många goda, men i många fall svårförenliga värden. Det räcker med att läsa hälso- och sjukvårdslagen. Enligt lagen ska den svenska vården leverera god, säker och lättillgänglig vård på lika villkor för hela befolkningen. Samtidigt ska den som har störst behov ges företräde. Vårdens resurser ska också användas kostnadseffektivt, det vill säga där resurserna kan förväntas ha störst hälsoeffekter. Hälso- och sjukvårdslagen i sig ger alltså uttryck för mångfaldig styrning som oundvikligen leder till situationer där sinsemellan oförenliga värden kan komma att stå emot varandra i vårdpraktiken. Den här oförenligheten återfinns i arbetet med att utforma den övergripande styrningen av vårdsektorn. En reform som betonar tillgänglighet för alla medborgare oberoende av hälsoproblemets allvar eller som driver principen att hälso- och sjukvårdens resurser ska fördelas så att de ger maximal hälsoeffekt på samhällsnivå, innebär att man prioriterar ned betydelsen av att låta den individuella patientens sjukdomsgrad styra tillgången till vård. En sådan reform prioriterar alltså ned värdeprinciperna om behovssolidaritet och alla människors lika värde. Men att enbart främja de två sistnämnda principerna skulle också få orimliga konsekvenser.

Utöver de många värden som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen finns dessutom ytterligare goda värden som sjukvårdens aktörer förväntas hantera. I en nyligen publicerad offentlig utredning anges ett antal goda värden som alla offentliga upphandlingar ska ta hänsyn till. Varje upphandling ska sätta servicen till medborgarna i fokus genom att formulera och följa upp krav på kvalitet. Samtidigt ska man värna lägsta möjliga totalkostnad. Vidare ska upphandlingen ta ansvar för att bidra till en både miljömässigt och socialt hållbar utveckling, men också stödja nya och innovativa lösningar. En upphandlings utformning ska även värda den konkurrens som finns på den aktuella marknaden (SOU 2013:12). Optimal service, kostnadseffektivitet, social och miljömässig hållbarhet, tillvaratagande av innovationer samt vård av konkurrens – det krävs ett stort mått av skicklighet för att hantera alla dessa värden samtidigt i ett och samma beslut.

De som är involverade i att utforma den övergripande styrningen av vården har alltså att hantera och göra avvägningar mellan krav som är både komplexa och konkurrerande. Dessa avvägningar görs på många platser inom hälso- och sjukvården.

De görs inom statliga myndigheter, till exempel av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i deras beslut om vilka läkemedel som ska subventioneras med skatte-medel. Avvägningar görs även av tjänstemän inom landstingens och kommunernas centrala förvaltningar då de utvecklar underlag för upphandlingar. De görs av verksamhetschefer på lokala vårdcentraler eller sjukhuskliniker. Självklart görs avvägningar också av den operativt verksamma vårdpersonalen.

Mångstyriighetens uttryck på verksamhetsnivån

Att mångfalden av krav på hälso- och sjukvården samlas och synliggörs i övergripande styrdokument minskar inte svårigheterna för dem som är nära den konkreta vårdverksamheten. Mångfaldig styrning skapar måttliga problem till många värden skapar måttliga problem så länge som mångfalden bara ska hanteras i prat: i en lagtext, en offentlig utredning eller en värdegrundspolicy. Här kan man betona värdet av allt gott. Det är i konkreta situationer kring enskilda beslut som utmaningen att samtidigt värna flera svårförenliga värden ställs på sin spets.

Ta en enkel vardagssituation såsom den där en läkare på en vårdcentral står i begrepp att för första gången skriva ett recept på ett blodfettsänkande läkemedel för en av sina patienter. Vilka regler, riktlinjer och standarder är i princip tillämpliga i en sådan situation? Vilken styrning kan med andra ord i någon mening ses som försök att påverka hur situationer såsom denna förlöper? Med lite inlevelse blir listan snabbt lång och varierad. Basala regler om läkarens behörighet att förskriva läkemedel samsas med Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av hjärt- och kärlsjukdomar samt en kunskapssammanställning av gjord av SBU. Dessutom finns med all sannolikhet ett vårdprogram som formulerats i det aktuella landstinget med hänsyn tagen till lokala förutsättningar, till exempel förekomst av specialistläkare och ekonomiska hänsyn. En lokal läkemedelslista kan också finnas tillgänglig. Till detta ska läggas mer renodlade ekonomiska styrincitament, till exempel enhetens resultatansvar och uppföljning av läkemedelsbudgeten. Och patienten kan också uttrycka åsikter om behandlingens utformning utifrån egna eller andras erfarenheter, vilka läkaren också förväntas beakta.

Lednings- och styrmodeller ger sällan entydig vägledning i hur specifika beslut ska fattas i vårdens vardag. Precis som det lär uppstå motsättningar i en upphandling som ska omfatta många värden uppstår det ofta motsättningar mellan styrsignaler i en rutinartad vårdssituation som exemplet ovan. Vårdens vardag är kort och gott fylld av praktiska frågor som blottlägger genuina dilemman där det sällan går att uppnå allt gott, utan det goda måste vägas mot det goda. Ska ett läkemedel subventioneras

av skattemedel? Hur ska anbudsunderlaget för att upphandla en viss vårdtjänst specifikt utformas? Vilket, om något, läkemedel ska skrivas ut till en viss patient?

I den allmänna debatten är det sällan som dessa genuina dilemman uttryckligen problematiseras. Det är "en elefant i sjukvårdsrummet" som få vill tala om. Den oviljan till öppen diskussion gäller många politiker, men den gäller också andra offentliga debattörer. Ett exempel är den senaste tidens mycket uppmärksammade mediala kritik mot den ökande mängden prestationsindikatorer som offentliga verksamheter, särskilt vård och skola, förväntas samla in, registrera och rapportera in till statliga myndigheter, SKL, landstings- och kommunledning bland andra. I denna kritik förklaras orsakerna till fixeringen vid det mätbara regelmässigt med införandet av New Public Managementlösningar inom välfärdssektorn. Men även om ett ökat fokus på metoder som mål- och resultatstyrning och försök att styra via marknadsliknande lösningar är en orsak till de ökade kraven på mätbarhet så är en minst lika viktig källa det ökade intresset, inte minst från media, att kontrollera och följa upp att hälso- och sjukvårdens aktörer verkligen tillgodoser de många goda värden som värden förväntas ta hänsyn till, till exempel patientsäkerhet, evidensbaserad, patientautonomi och likabehandling.

Oberoende av orsakerna, så är en slutsats som ofta dras när den rikliga och ökande styrningen från externa, hierarkiskt överordnade källor diskuteras, att denna styrning kraftigt har minskat utrymmet för lokala verksamhetschefer inom vården att påverka de verksamheter de ansvarar för. Deras handlingsutrymme, sägs det, har mer eller mindre utplånats av tryck från politiska styrambitioner, ekonomiska incitamentsstrukturer, centralt utformade professionella behandlingsriktlinjer, och utökade krav från patienterna själva.

Styrningens paradoxala utfall: Minskat lokalt utrymme utan mer central kontroll

En paradox är att den brist på handlingsutrymme som lokala verksamhetschefer upplever inte tycks motsvaras av en upplevelse av kontroll bland myndigheter och andra aktörer som försöker styra vården på distans från den operativa verksamheten. Försöken att styra via prestationsindikatorer, certifieringar och rankingar har visat att dessa styrinstrument har stora svagheter i praktiken. Kvalitetscertifieringar och rankingar visar sig ge en starkt begränsad, ibland till och med snedvriden, bild av vårdens kvalitet. Ett annat dilemma är svårigheterna att få följsamhet i praktiken till vårdprogram, läkemedelslistor och behandlingsriktlinjer. Detta trots att dessa rekommendationer tas fram av eller åtminstone med stöd av vårdprofessionerna.

Även aktörer som har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården upplever följaktligen att de har små möjligheter att påverka hur vården fungerar.

Även om det ligger en del i denna bild är den, vill vi hävda, inte helt rättvisande. Det finns, som vi ska peka på i den här texten, både behov och utrymme för lokalt ledarskap i hälso- och sjukvården, men kraven – och påverkansmedlen – ser lite annorlunda ut än de för-givet-tagna föreställningar som finns om vad som ska utmärka ett gott ledarskap. Även bilden av vårdens ostyrbarhet finns det anledning att ifrågasätta. Vi menar att det delvis också handlar om vilka förväntningar som finns vad gäller enskilda ledares eller organisationers möjlighet att på olika sätt påverka vården.

Vi vill väcka ett antal frågor kring de föreställningar som finns just om ledning och styrning av hälso- och sjukvård, på nationell och regional nivå såväl som i den operativa verksamheten. Ett grundläggande argument är att styrningen av vården är och kommer att förbli mångfaldig. Det finns många goda värden som förtjänar att tas hänsyn till och det finns många aktörer som alla har rätt att försöka påverka. Alla dessa värden kan och bör kanske inte heller avvägas och optimeras samtidigt vid ett tillfälle. Lösningen, menar vi, ligger inte i att skapa en enda, entydig supermyndighet eller att utnämna en superledare. Olika styrimpulser, från olika aktörer som förmedlar olika goda värden både måste och bör avvägas i många olika konkreta situationer på olika platser inom hälso- och sjukvården. Utrymme för ett lokalt omdöme måste alltid finnas.

Om mångstyriheten i grunden är svår att motverka, hur kan den hanteras? Vi menar att en orsak till den frustration som många av dem som ska leda vården upplever bottnar i att man utgår ifrån en viss normativ föreställning om vad som ska utmärka ett gott ledarskap och en väl fungerande organisation. Vi kommer fortsättningsvis tala om denna föreställning som det målrationala idealet för ledarskap och organisation. Det målrationala idealet har en stark normativ ställning, men det är väl belagt att normen ofta är knepig att realisera i praktiken, även när det bara handlar om en ledningsgrupps försök att styra en organisation mot ett enda mål (jfr Minzberg, 1991). Mångstyrihet gör inte saken enklare.

Fortsatt disposition

Trots att både forskare och erfarna praktiker ifrågasatt den målrationala normens verklighetsförankring, fortsätter den att fungera som måttstock för vad som utgör ett gott ledarskap och vad som utmärker en väl fungerande organisation. Vi ska därför inleda med att påminna om några av de dilemman som tenderar att uppstå när den målrationala normen ska realiseras genom att diskutera hur vissa forskare

sett på implementering av ledningsbeslut, styrning via uppföljning, och kunskapsbaserad ledning. Den läsare som redan känner till och inte är intresserad av att än en gång läsa om praktiskt grundad forskning om implementering, uppföljning och evidens kring styrning och ledning, kan hoppa över detta avsnitt och i stället gå direkt till nästa del. Där presenterar vi några alternativa sätt att se på implementering, mätning och uppföljning och användning av lednings- och styrmodeller, och diskuterar vad ett perspektivskifte av den art vi föreslår kan ha för implikationer för den som vill påverka vården både lokalt och på distans.

Det målrationala idealets attraktion

Att ett normativt perspektiv är väl etablerat innebär inte nödvändigtvis att det är uttalat att det är en norm. Ibland kan ett sedan länge etablerat perspektiv betraktas som givet – det är så det är och så det bör vara. Det målrationala ledarskapsidealet växte fram i samband med industrisamhällets genombrott (se exempelvis Fayol, 1916/50), och utgörs i korthet av en föreställning om att allt som sker i en organisation, till exempel vilken vård som ges och med vilken kvalitet, ska vara ett uttryck för ledningens mål. Om Socialstyrelsen utfärdar ledningsföreskrifter för landstingen ska dessa föreskrifter, enligt det målrationala idealet, införas i alla landsting. Om en landstingsledning tar fram ett vårdprogram förväntas alla sjukhus och kliniker inom landstinget följa programmet. Bestämmer en sjukhusledning att dess kliniker ska ”leanas”, då ska det bli som ledningen bestämmer.

Det målrationala idealet utgår ifrån att ledningen ensam har all kunskap och kompetens att fatta för organisationen optimala beslut. Det förutsätter också en väl kopplad och koordinerad, hierarkiskt styrd verksamhet som både formellt och informellt utmärks av starkt styrande planer, rutiner, roller och kontroll. På grund av att organisationen styrs av formella beslut och regler kommer ledningens beslut att implementeras i relativt oförändrad form, givet att beslutet är ”så tydligt att det inte kan missförstås” (Socialstyrelsen, 2012), och att målet för beslutet är klart specificerat, helst mätbart. Enligt det målrationala idealet är följaktligen optimala ledningsbeslut att likställa med en bra – effektiv och högkvalitativ – verksamhet. Som ledare är därför det svårt att fatta bra beslut, som dels är väl grundade i bästa tänkbara kunskap om alternativa sätt att hantera den aktuella frågan, dels är så entydiga att det står klart för verksamheten vilket mål som beslutet syftar till att uppnå. Implementering är däremot inget problem.

Målrationalitet som norm eller praktik?

Föreställningen om ett målrationalt ledarskap och en rationellt fungerande organisation är dock ett normativt ideal, inte en beskrivning av vad som kännetecknar eller kan känneteckna ledning och organisering i praktiken. Decennier av forskning kring beslutsfattande, implementering och uppföljning av lednings- och styrmodeller har tvärtom visat att det i regel är svårt både att fatta entydiga och kunskapsbaserade ledningsbeslut om hur verksamheten ska organiseras, och att införa dessa beslut (March, 1994). Trots att det målrationala idealet har en bristande verklighetsförankring, spelar det fortfarande en viktig roll i olika praktiska försök att styra och organisera hälso- och sjukvården. Ett exempel är de många varianter av projekt- och processledningsverktyg som används inom vården för att under-

lätta implementeringen av olika förändringsinitiativ. De här verktygen betonar regelmässigt vikten av att ledningen formulerar entydiga och mätbara mål, som är stabila över tid och som skyddas mot störningar som uppkommer både inom och utom den verksamhet som ska styras.

Ett annat exempel på det målrationala idealets styrka är den vitt spridda uppfattningen att mätning och uppföljning gör mest nytta om den hårdkopplas till på förhand specificerade, väl avgränsade mål och indikatorer som möjliggör att varje enskild satsning kan följas upp och utvärderas separat. Idealet kan även spåras i tron på att evidensbaserade ledningsbeslut radikalt kan förbättra verksamhetens kvalitet och effektivitet, och att det därför är värt att lägga stora resurser på att förbättra beslutsunderlaget kring organisering och styrning. Till och med de senaste decenniernas arbete för att öka utrymmet för lokal anpassning, innovation och kunskapsutveckling med hjälp av decentralisering och marknadslösningar har, som vi strax ska diskutera, tydliga drag av det målrationala idealet.

Vanliga lösningsförslag

Bättre implementering?

När de står formulerade på ett papper kan populära lednings- och styrmodeller framstå som enkla, tydliga och effektiva metoder för att hantera varje enskild verksamhetsproblem. Det är när modellerna ska införas i praktiken som svårigheterna börja torna upp sig. Om sådana implementeringsproblem – vad som utmärker dem, varför de uppkommer och hur de kan motverkas – har det sedan början av 1970-talet bedrivits en omfattande empirisk och teoretisk forskning (O’Toole, 2000).

En vanlig förklaring till att det är svårt att införa nya lösningar som ledningen har beslutat om, är att de som är verksamma i den lokala praktiken är okunniga, ovilliga och allmänt förändringsobenägna. Inte minst reformatörerna själva, men också en del forskare, brukar hänvisa till denna förklaring. Men implementeringsforskare har pekat på många andra orsaker till att det är svårt att förändra verksamheter via hierarkisk implementering av centralt fattade beslut.

Ett sådant skäl är att lednings- och styrmodeller och beslut om att införa dem ofta är ganska vagt formulerade. Vagheten ger utrymme för omfattande lokala tolkningar och modifieringar. Många försök att åstadkomma bättre implemente-

ring fokuserar därför på att lära chefer och andra ledare att bli tydligare när de formulerar både vad beslut syftar till och hur detta ska genomföras. Strategier för att skapa konsensus kring behov och målbild, verktyg för strukturering och schemaläggning av införandeprocessen och olika faciliteringsaktiviteter som ska underlätta att lednings- och styrmodeller används på ”rätt” sätt, är några metoder som brukar förordas.

Strategierna stöds av delar av implementeringsforskningen som försökt kartlägga vilka faktorer och omständigheter som generellt sett underlättar eller försvårar implementeringsprocessen. Vaghet och oklarhet, det vill säga tvetydighet kring en viss modellens särdrag är något som nämnts som en försvårande omständighet, liksom vilka förändringar i verksamheten som måste till. Sådana konflikter kan finnas både bland reformatörerna själva och bland de praktiskt verksamma (Nilsen, Roback & Krevers, 2010). Ju större tydlighet och enighet kring såväl olika modellens egenskaper som hur införandet ska ske, desto större är enligt dessa forskare möjligheten att införa modellerna enligt ledningens beslut.

Andra implementeringsforskare har emellertid pekat på att det finns problem med att fatta tydligare och mer precisa policy- och ledningsbeslut om organisatoriska förändringar. Detsamma gäller alltför hårt specificerade planer för att genomföra förändringar. Ledningsbeslut fattas sällan av en enda person, utan av en grupp beslutsfattare. För att över huvud taget kunna komma fram till ett beslut är det ofta nödvändigt att kompromissa, och vaga formuleringar kan vara ett utmärkt sätt att åstadkomma en sådan kompromiss. Att låta planerna för genomförandet vara vaga och flexibla är också viktigt. Dels tenderar världen att förändras under implementeringsprocessen, dels skiljer sig ofta de operativa verksamheter som organisationslösningen ska genomföras i, åtminstone när det är fråga om en förändring av någorlunda dignitet. Den implementeringsstrategi som fungerar i ett lokalt sammanhang, kan vara direkt kontraproduktiv i ett annat. Förändringar som syftar till ökat samarbete mellan olika vårdprofessioner kan till exempel tas emot helt olika på olika kliniker beroende på hur vana man redan är vid ett sådant samarbete.

Att lokala praktiker varierar innebär även att det är viktigt med tolkningsbarhet vad gäller lednings- och styrmodellens egenskaper. Nya modeller verkar inte i ett vakuum, utan kommer in i en praktik som redan befolkas av andra principer, verksamhetsprocesser, strukturella förutsättningar och människor med olika erfarenheter, värderingar och professionella tillhörigheter. Det finns därför praktiska begränsningar för vad som är möjligt att förändra. Vidare finns det andra hänsyn att ta än att implementera varje enskild modell till punkt och pricka. Ett ersättnings-

system där varje patientbesök betalas med samma summa styr exempelvis mot att alla patienter ska prioriteras lika högt oberoende av hur sjuka de är. Men politiska reformatörer som infört sådana ersättningsystem brukar inte ställa sig bakom en sådan likabehandling, tvärtom. De förlitar sig på att den operativa verksamheten inte kommer att låta sig styras helt av ersättningssystemet, utan ta hänsyn till andra principer, till exempel normer om att patienter med störst behov ska prioriteras.

Att följa generella modeller utan att reflektera är inte bara kontraproduktivt i den specifika situationen utan också på längre sikt, då oreflekterad följsamhet medför en form av förenkling av alla de olika professioner som förekommer inom vården. Från att ha varit den med befogenhet att göra en medicinsk bedömning av en patients sjukdomstillstånd och lämpliga åtgärder, rör man sig mot att bli den som tillämpar den föreskrivna metoden för att göra bedömningen. Något som har ett antal fördelar men som även riskerar att undergräva den professionella auktoriteten och i förlängningen också urholka både yrkesidentitet och ansvarstagande. Har man följt metoden elimineras det situationsförankrade ansvarstagandet samtidigt som den ansvarsbefriade handlingen kan vara högst olämplig eller till och med farlig i den aktuella situationen.

Det kan följaktligen vara av godo att organisationslösningar tolkas och förändras när de realiserar i praktiken. Utan dessa lokala modifieringar skulle vissa ledningsbeslut få oacceptabla konsekvenser. Men lokala tolkningar och förändringar kan också leda till att ett försök från ledningens sida att få till stånd en välbehövlig förändring inte genomförs. Att lokala modifieringar både kan vara värdeskapande och värdeminskande är ett dilemma för ledare som vill påverka en verksamhet, eftersom det är praktiskt ogörligt att följa och kontrollera alla delar av en implementeringsprocess.

De senaste decenniernas intresse för uppföljningar och utvärderingar skulle kunna vara ett sätt att lösa det här dilemmat. Om chefer, ledare och beslutsfattare på policy- och organisationsnivå helt fokuserade på att följa upp och åstadkomma följsamhet till ett begränsat antal, särskilt viktiga, variabler, så kunde huvuddelen av införandet delegeras till verksamheten att hantera efter eget huvud. Men som uppmärksammats av många forskare och också i den allmänna debatten under senare år, har även den lösningen en del nackdelar.

Bättre mätning och uppföljning?

Det grundläggande argumentet för att ledare på politisk, administrativ och operativ nivå ska begränsa sin styrning till att formulera och följa upp mål och pre-

stationsindikatorer är att de som arbetar i den operativa verksamheten är mest skickade att avgöra hur målen bäst ska uppnås. Idealt ger styrning med hjälp av mål eller resultatmätt utrymme för såväl professionell kunskap som lokal anpassning och innovation, samtidigt som ledningen uppnår det man eftersträvar. Teorin har viss bärkraft om vi talar om klassisk ekonomistyrning, där det finns en organisationsledning som har ett välavgränsat och entydigt krav på att verksamheten ska leverera en viss ekonomisk avkastning. Men dagens offentliga verksamheter, inte minst hälso- och sjukvården, befinner sig i en helt annan situation. De utsätts, som vi redan diskuterat, för många krav från olika aktörer, varav flertalet åtföljs av uppföljning av mätbara mått.

Ett exempel bland mängder av initiativ att utveckla vården genom uppföljning via mätbara mått, är satsningen på Öppna jämförelser som bedrivs i samverkan mellan landstingen och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser är en databas med information om kvalitet, resultat och kostnader. Omfattningen av jämförelserna har successivt utvecklats sedan starten 2006 och omfattar numera även kommunal vård och omsorg. Antalet indikatorer har dessutom ökat kraftigt. I 2012 års rapportering kring hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat används 169 indikatorer, kompletterat av ett 30-tal kvalitetsindikatorer från ett urval kvalitetsregister som redovisas separat. Två år tidigare användes totalt 134 mått – antalet mått ökade följaktligen på bara två år med nästan 50 procent.

Öppna jämförelser är ett exempel på ett externt placerat uppföljningsinstrument. Förutom att dessa externa uppföljningar har ökat i antal har fokuseringen på mätning och mätetal även ökat internt i organisationer, både större enheter som landsting och kommuner och mer operativa enheter som sjukhus och kliniker. Många lednings- och styrmodeller som introducerats i sjukvården under senare år bygger på att man ska knyta systematiska mätningar till vissa mål och specificera nyckelfaktorer för att lyckas med olika aspekter av verksamheten. Ett exempel är balanserade styrkort, som utvecklades med utgångspunkt i idén att man inte ska begränsa styrningen till ekonomiska variabler utan även inkludera mjukare dimensioner som exempelvis patient- och personalperspektiven.

Att ta fram och följa upp såväl ekonomiska som mer kvalitativa indikatorer kan ha ett värde inte bara för dem som ska styra, utan också för verksamheter lokalt. Mätningarna kan stimulera till lärande och kvalitetsutveckling genom att visa på var man ligger, hur ens prestationer förhåller sig till andra och hur resultaten förändrats över tid. Men mätningar kan också, som forskare länge pekat på, skapa problem och vara direkt kontraproduktiva. En komplikation är att mätning, regist-

ring och rapportering tar tid. Den tiden måste tas någonstans ifrån. Läkare och andra vårdprofessionella vittnar om att för att tillgodose alla krav på dokumentation av olika åtgärder, har agendan under varje patientbesök förskjutits mot att styras av ett standardiserat protokoll snarare än av den enskilda patientens situation (Anell, 2010).

Om registrering av och följsamhet till centralt formulerade, standardiserade mätetal med säkerhet skapade god vårdkvalitet, skulle den tid och de resurser som måste läggas på att rapportera dessa mätetal möjligen kunna berättigas. Men det är tveksamt. Ett problem är att de data som samlas in för jämförelser på central nivå, inte självklart låter sig användas lokalt för att förbättra verksamheterna. Att verksamheterna har begränsad nytta av mätningarna för sin egen kvalitetsutveckling är en typ av kritik som ofta riktas mot centralt utformade styrsystem, till exempel de nationella kvalitetsregistren. Men även mot många interna modeller för att mäta och styra enskilda organisationer har invänts att de bygger på hierarkiskt formulerade framgångsfaktorer som inte ger utrymme för den kompetens och initiativförmåga som finns hos medarbetarna att aktivt bidra till verksamhetens utveckling.

Ett annat grundläggande problem med mål- och resultatstyrning är att det är svårt att formulera tydliga och mätbara övergripande mål för hälso- och sjukvården som verkligen mäter det man önskar (Rombach, 1991). Alla de legitima krav som ställs på vad vården ska åstadkomma kan inte summeras och optimeras i en enda entydig och mätbar målformulering. Inte ens ett delmål, såsom exempelvis, god omvårdnads kvalitet kan formuleras på ett tillfredsställande sätt.

Svårigheten att formulera allomfattande mått är en huvudorsak till att uppföljning inom hälso- och sjukvården sällan sker utifrån övergripande måluppfyllelse, utan utifrån ett antal relativt snäva resultatindikatorer som dessutom tenderar att ägas av olika aktörer. Medan vissa myndigheter eller enheter inom myndigheter mäter och utvärderar brukarinflytande, ägnar sig andra åt att kontrollera att evidensbaserade riktlinjer följs. Samtidigt fokuserar landstingens och kommunernas ekonomiförvaltningar på att kontrollera att budgeten hålls. Medicinska, ekonomiska och brukarrelaterade mått följs alltså upp separat, men parallellt, men separat från varandra.

Senare års forskning har visat att en risk med att fokusera på mätbara mått, är att vårdens verksamheter börjar ägna sig åt "conformance" snarare än "performance", det vill säga, verksamheterna lägger sin tid och energi på att nå snävt definierade prestations- och utvärderingsmått snarare än att använda sitt omdöme för att åstad-

komma en verkligt kvalitativt god vård (Barrett, 2004). Både i Sverige och i andra länder har vi under de senaste åren sett flera exempel på vårdenheter som uppfyllt de högsta kraven i hierarkiskt legitimerade kvalitetscertifieringar och rankingar, men där vården ändå visat sig vara under all kritik.

Att koppla ersättningar till prestationsindikatorer förstärker risken att vården ägnar sig åt alltför snäv följsamhet till vissa mått. Väljer man som styrande att betala vårdgivare för registrering i ett visst kvalitetsregister, är det troligt att annat kvalitetsarbete skjuts åt sidan. Det är också sannolikt att styrningen kommer att skapa likriktning av de lokala verksamheterna. En sådan likriktande styrning kan naturligtvis vara avsiktlig, till exempel i syfte att minska antalet vårdskador. I andra fall, till exempel vad gäller Öppna jämförelser och valfrihetsportaler, är tanken snarare att det är beskrivningarna av verksamheterna som ska harmoniseras, inte verksamheterna i sig. Men om en dimension mäts, följs upp och ligger till grund för belöningar och bestraffningar, så kommer verksamheterna att försöka anpassa sig till dessa krav. Blir kraven på anpassning till olika variabler många, minskar utrymmet för lokala variationer. Den mål- och resultatstyrning som enligt teorin skulle leda till ökat utrymme för professionell kunskap, värdeskapande lokal anpassning och innovationer kan alltså leda till motsatsen.

Försök att införa marknadsliknande lösningar i hälso- och sjukvården är en annan reform som både har adderat till krav på att samla in, registrera och rapportera en mängd mätvariabler och bidragit till ökad likriktning av lokala verksamheter. Det finns anledning att se närmare på varför marknadslösningar får denna effekt inom sjukvården.

Marknadstransparens som ett exempel

Ett vanligt argument för marknader är att de leder till såväl effektivitet som mångfald genom att ge utrymme för innovation och anpassning till olika lokala förutsättningar, behov och önskemål från kunder. Men försöken att göra offentlig sektor mer marknadsbaserad har till stor del haft motsatt effekt. Den hierarkiska styrningen, kontrollen och likriktningen har förstärkts. En förklaring är att försöken att skapa marknadslösningar har modellerats utifrån teorin om den perfekta marknaden trots att de grundläggande förutsättningarna för denna inte alls är uppfyllda. Ett grundproblem är att den som konsumerar vård inte betalar direkt ur egen ficka, utan att kundfunktionen är tudelad mellan de offentliga beställarna och de individuella brukarna. I och med denna så kallade tredjepartsfinansiering sätts kärnan i marknaden, den så kallade prismekanismen, ur spel. Den som utnyttjar vården vet inte vad kostnaden är, eftersom patientavgifterna inte avspeglar det

fulla priset för varje vårdtjänst. Dessutom behöver den som använder vården inte avväga pris mot kvalitet eftersom vården är finansierad via skatt eller i privata sjukvårdssystemens försäkringspremier. Det gör att alla önskemål från alla vårdtagare inte kan tillfredsställas. Samtidigt vet de som upphandlar och betalar för en vårdtjänst väldigt lite om patientupplevelsen. Även i relationen mellan vårdbeställare och dem som utför vården finns alltså en särkoppling mellan pris och kvalitet. Med undantag för bemötande och andra allmänna serviceaspekter är dessutom hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet svår för lekmän att bedöma. (*se t ex Bergman, 2013*).

Att prismekanismen är satt ur spel och att kvalitet är svårbedömt borde rimligen vara väl känt bland de reformatörer som förespråkade mer konkurrens, valfrihet, upphandlingar och andra marknadsinspirerade lösningar inom vård, skola och omsorg. Men marknadsreformerna inom sjukvården har vilat på antagandet att välfärdsmarknader kan fungera bra om bara alla aktörer som deltar i utbytet – individuella brukare och offentliga beställare och tjänsteproducenterna själva – får ”rättvisande och tillräcklig” information (Statskontoret, 2007). De praktiska reforminitiativen på välfärdsmarknaderna har därför i mångt och mycket handlat om att samla in och sprida olika typer av data som kan fungera som substitut för prismekanismen, det vill säga tillhandahålla information till såväl brukare och beställare som utförare för att de ska kunna fatta rationella beslut om hur de ska agera. Ett antal verktyg har utvecklats för att möjliggöra sådana informerade val. Exempel är landstingens och kommunernas valfrihetsportaler där utförare rankas enligt vissa insamlade kvalitetsindikatorer, och Kammarkollegiets valfrihetswebb som ska främja en standardisering av förfrågningsunderlag och avtalsinnehåll. Försöken att skapa ”goda” marknader och marknadsaktörer inom sjukvården genom att detaljspecificera upphandlingar, ställa detaljkrav på utbud och förmedla jämförbara, men därmed också standardiserad och ganska intetsägande information om utbudet till brukarna, har alltså lett till en ökad likriktning av vården, snarare än den utlovade mångfalden av vårdtjänster och vårdutbud.

Bättre modeller?

De problem med implementering, uppföljning och marknadsliknande lösningar som vi pekat på ovan är kända sedan länge. Trots det fortsätter försöken att förbättra implementeringen av sådana förändringsinitiativ, till exempel genom att lära ledningar att formulera tydligare beslut och mer noggranna implementeringsplaner. Att uppföljning, krav på mätbarhet och kontroll kan vara ett problem är inte en lika väl etablerad allmän kunskap. Även om problemen har börjat uppmärksammas i den allmänna debatten lär det dröja innan kraven på mätningar minskar. Det finns för många aktörer som representerar för många goda värden och som,

för att garantera att just det värdet bevakas, ställer krav på och arbetar för att skapa mer detaljerad mätning och uppföljning. Men borde det inte gå att säga nej eller att tänka nytt?

Under senare år har en del ledarskapsforskare argumenterat för att ett huvudproblem är att ledare saknar systematisk kunskap om hur olika styr- och ledningsmodeller fungerar. Det är det som förklarar att det sker en överanvändning, men också ibland under- och felanvändning av olika modeller. Den lösning de föreslår är att förbättra ledares beslutsunderlag genom att sammanställa god, helst vetenskaplig, kunskap om organisering och styrning, det vill säga, att införa evidensbaserad ledning (Walshe & Rundall, 2001).

Idén om evidensbaserad ledning bygger på samma grundantagande som den bredare rörelsen mot evidensbaserad praktik. Beslut, och därmed även verksamhetens sätt att fungera, antas förbättras om dessa baseras på systematiska sammanställningar av bästa tillgängliga, helst vetenskapliga kunskap om organisering och ledning. Fokus ligger alltså på att fatta mer rationella beslut, medan implementeringen antas vara relativt oproblematiske. Likaså utgår man från att kunskap är det centrala för vilket beslut ledningar fattar. Som vi tidigare berört är båda dessa antaganden problematiska.

Ett annat problem är att den kunskap som finns om organisering och ledning kan vara svår att sammanställa till ett sammanhängande kunskapsunderlag som är relevant för de beslut som en ledningsgrupp ska fatta. Den bredare evidensrörelsen har sin grund i evidensbaserad medicin. Men organisationsteoretisk kunskap skiljer sig en hel del från stora delar av den medicinska kunskapen. En skillnad är att medan människokroppens biologi är någorlunda stabil så förändras organisationers sätt att fungera ständigt. Nya regelverk, nya former av styrsystem och nya organisatoriska maktstrukturer, till exempel förskjutningar i professioners relativa inflytande, ger nya effekter av samma lösningar. Det är till exempel tveksamt om lärdomar från den omfattande budgetforskning som bedrevs fram till 1980-talet har någon större relevans för dagens budgetering inom sjukvården. Ökade inslag av konkurrensutsättning, nya typer av ersättningssystem, ökat inflytande för ekonomer och ökad acceptans hos traditionella vårdprofessioner för att hälso- och sjukvården måste ta ekonomiska hänsyn har helt förändrat förutsättningarna för budgeten som styrmetod. Det kan också vara svårt att förlita sig på studier som gjorts i andra länder eftersom kulturella skillnader också påverkar hur olika styr- och ledningsmodeller fungerar. Vad som utgör ett fungerande ledarskap är exempelvis starkt kulturellt betingat, med Sverige som en tydlig avvikare. Organisationsteoretisk kunskap utvecklas och valideras på andra sätt än den

medicinska. Inom medicinsk forskning är randomisering och standardisering av patientpopulationer en central grundbult i syfte att få valid och stabil kunskap om hur en viss behandlingsmetod påverkar en specifik sjukdom. Den typen av studier är ovanliga inom organisationsteorin. Dels finns praktiska svårigheter att åstadkomma hård standardisering och kontroll i urvalet av studieobjekt, dels är många organisationsforskare mer intresserade av att förstå processuella sammanhang än avgränsade effekter. Följden är att organisationsteoretisk forskning nästan aldrig kan peka på tydliga kausala samband, där införandet av lösning X genererar effekterna Y i en viss organisationspopulation med vissa karaktäristika. Det gör att organisationsteoretisk forskning sällan är valid i den medicinska vetenskapens mening.

Det är förvisso inte bara organisationsteoretisk kunskap som är kontextuellt förankrad. Behandlingsmetodernas effekter är också beroende av ekonomiska, organisatoriska och sociala förutsättningar. Om en vårdpraktik har mindre tid för varje patient, lägre kompetens hos personalen eller sämre medicinteknisk utrustning än vad som gällt i de vetenskapliga studier som en evidensbaserad medicinsk kunskapssammanställning är baserad på, är det troligt att effekterna inte är generaliserbara till den lokala vårdpraktiken. Detsamma gäller naturligtvis om patientpopulationerna skiljer sig mellan den vetenskapliga studien och vårdens praktik. Också medicinsk kunskap har följaktligen problem med den externa validiteten, det vill säga att den vetenskapliga kunskapen har en begränsad giltighet för sjukvårdens praktik. Här finns en förklaring till att det ofta är svårt att omsätta också medicinsk evidensbaserad kunskap i praktiken (Bohlin & Sager, 2011). Det lär inte vara enklare att implementera beslut som är baserade på kunskap om organisering och ledning. Men det finns andra alternativa handlingsstrategier som ledare på olika platser i sjukvårdssystemet kan ta till.



Alternativa handlingsstrategier

Det är lätt att bli uppgiven av den empiriska forskning som finns kring styrning och ledning av organisationer. Ser man till implementeringsforskningen är det lätt att förstå varför den tidigt fick epitetet eländesforskning. Beslut om att förändra en verksamhets organisering och arbetssätt måste tolkas och modifieras både för att kunna införas i praktiken och för att skapa värde. Men från en ledningsposition är det svårt att ge utrymme för sådana värdeskapande modifieringar, utan att samtidigt ge utrymme för avvikelser som motverkar syftet med de beslutade förändringarna. Strikta uppföljningar och utvärderingar, särskilt utifrån kvantitativt mätbara kriterier, borde teoretiskt sett kunna erbjuda en lösning på det problemet. Men förutom att mätande tar tid, är det i praktiken svårt att ta fram fungerande prestationsindikatorer och mätbara mål. Det slutar oftast med alltför snäva och avgränsade måttal som varken avspeglar det som ledningen hoppats åstadkomma eller är värdeskapande på något annat vis. Tvärtom kan ledningens måttal utgöra direkta hinder för god vård. Att göra marknadsreformer är inte heller någon universal-lösning. Det förstärker kravet på mätbarhet och detaljerade uppföljningar vilket bidrar till likriktning av vårdens verksamheter. Denna likriktning kan vara värdeskapande, men den kan också hindra såväl lokal innovation som anpassning till varierande önskemål och behov.

Man kan önska att organisationsforskningen skulle ha kommit längre när det gäller att ge råd om hur verksamhetsledningar på olika hierarkiska nivåer ska agera. Vilka lednings- och styrmodeller de bör använda sig av i olika situationer, hur värdeskapande förändringar kan åstadkommas och hur uppföljningar och utvärderingar ska genomföras, allt i syfte att åstadkomma en effektivt fungerande verksamhet som producerar högkvalitativ hälso- och sjukvård. Men den samlade forskningen kan erbjuda mycket lite kunskap av typen "organisationslösning X leder till kvalitetsförbättring Y". Däremot finns det en hel del kunskap om grundläggande mekanismer och effekter av att använda sig av återkommande lednings-, styrnings- och organiseringslogiker.

Primus inter pares bland dessa återkommande organisationslogiker är, som vi tidigare diskuterat, idén om att organisationer ska vara rationellt fungerande, hierarkiskt styrda, kopplade och koordinerade verksamheter, där ledningens mål och beslut går som pelare genom hela verksamheten och är styrande för det som sker. Den här normen om den rationella organisationen ligger till grund för mängder av gamla och nya förslag på hur organisationer ska förändras och förbättras. Ett exempel är projektledningsmodeller som förespråkar detaljerad och

förspecificerad planering och kontroll av hur projektet framskrider. Ett annat är hårdkopplade utvärderingar, som bygger på tron att verksamheter fungerar bäst om ledningen definierar, följer upp och ersätter följsamhet till snävt avgränsade mätbara prestationsindikatorer. Ett tredje exempel är evidensbaserad ledning med sin föreställning att kunskap är det som bör styra ledningsbeslut och att implementering är oproblematiskt. Problemet med att anamma dessa lösningar är att det målrationella idealet är en normativ teori, inte en empiriskt grundad beskrivning av hur organisationer kan eller ens bör fungera. Det har visats i studie efter studie av lednings- och styrmodeller som bygger på det idealet.

Om det är svårt att följa det målrationella idealet när det handlar om att införa en lösning i en organisation som ledningen formellt ensam kontrollerar, blir problematiken inte lättare om det finns många hierarkiskt placerade aktörer som alla har mandat att styra genom att kräva följsamhet till olika styrimpulser. En konsekvens av alla goda värden som hälso- och sjukvården förväntas hantera är dock att den utmärks av en exceptionell mångstyrighet, vilken har förstärkts under senare decennier.

I den allmänna debatten har det hävdats att den ökande mängden och styrkan i den hierarkiska styrningen har lett till att den operativa vårdpersonalens handlingsutrymme mer eller mindre har utplånats. Samtidigt upplever många centralt placerade aktörer att de har små möjligheter att påverka det som sker i vården. Deras beslut implementeras inte. Försök att styra via uppföljningar av mätbara variabler leder till anpassning till snäva prestationsmål, som dock kan ha mycket svaga kopplingar till det som styrningen egentligen vill åstadkomma. Medborgare visar sig vara måttligt engagerade i att välja vård och deras val tycks i begränsad utsträckning styras av den ”objektiva” information som de har tillgång till. Den brist på handlingsutrymme som lokala verksamhetschefer upplever tycks med andra ord inte motsvaras av en upplevelse av kontroll bland dem som styr på distans.

Att vara utsatt för många styrimpulser eller att försöka styra i konkurrens med andra innebär emellertid inte att ens handlingsutrymme eller möjlighet att påverka är helt kringskuret. Detsamma gäller svårigheterna att följa det målrationella idealet. Men utrymmet och möjligheterna ser annorlunda ut än de för-givet-tagna föreställningar som finns om vad som ska utmärka ett gott ledarskap. Snarare än friktionsfri implementering av klara och entydiga, hårt specificerade mål handlar det om ett ständigt ”muddling through” (Lindblom, 1959), där det både som styrande och styrd gäller att hantera olika goda värden. Vi ska peka på några idéer som förts fram av forskare när det gäller alternativa sätt att förhålla sig till imple-

mentering och uppföljning i synnerhet, och användning av lednings- och styrmodeller i allmänhet.

Det finns andra sätt att se på implementering

Det finns goda argument för att inte ge allmängiltiga rekommendationer för hur beslut om att förändra verksamheter ska implementeras. Beslut om verksamhetsförändringar kan vara olika till sin karaktär och de kan ha olika syften. Ett inte ovanligt syfte är att sätta en fråga på vårdens agenda. Vilka implementeringsstrategier som är lämpliga varierar också med förhållandena i det lokala sammanhanget i form av exempelvis resurser, koalitioner och professionell kultur.

Studier visar att konflikt och tvetydighet närmast kan beskrivas som naturliga egenskaper i beslutsfattande (March & Olsen, 1976), vilket också kan antas gälla beslut om att införa olika lednings- och styrmodeller. Enligt normen om den rationellt fungerande organisationen är det viktigt att åtgärda sådana konflikter och oklarheter. Annars är det svårt att fatta ett klart och entydigt beslut, och åstadkomma en effektiv implementering. Delar av implementeringsforskningen är emellertid kritisk till denna standardmässiga syn på hur implementeringsproblem ska kunna förebyggas. Man menar att det krävs en mycket större uppmärksamhet på hur egenskaper hos ett principiellt beslut interagerar med lokala förhållanden och på skillnaderna mellan olika typer av implementeringsprocesser.

Det förekommer att centralt fattade beslut om att förändra verksamheter införs hierarkiskt, utan några konflikter eller problem. Det handlar regelmässigt om helt okontroversiella, tekniska förändringar som inte påverkar hur verksamheten i övrigt fungerar. Men implementeringsprocesser kan också vara starkt politiserade och formas av vem som har och får makten. De kan utmärkas av stor öppenhet för lokal variation och lärande. Det förekommer till och med att implementeringsaktiviteterna närmast är särkopplade från det formella målet med implementeringen (Matland, 1995; se även Garpenby, 2010). Den sistnämnda situationen uppstår exempelvis när projekt och aktiviteter som redan pågår i verksamheten kopplas till ett senare fattat förändringsbeslut.

Det finns två principiellt skilda sätt att förhålla sig till att praktiken inte agerar som normen säger. Antingen lägger man skulden på praktiken, eller så konstaterar man att det verkar vara något fel på normen och att praktiken kanske agerar ganska klokt. Mot bakgrund av de problem vi diskuterat med det målrationella idealet finns det studier som visar på att olika former av implementeringsprocesser kan ha

olika syften och därmed formas på olika sätt.

Även om det ibland kan finnas anledning att sträva efter att införa ett beslut exakt som planerat bör nog en sådan ambition ses som ett undantag. Det förutsätts en mycket enkel, tydlig och icke-kontroversiell förändring för att en bokstavstrogen implementering ska kunna åstadkommas, såvida man inte är villig att lägga stora resurser på noggrann och detaljerad övervakning och kontroll ända ner i den vardagliga praktiken. Om det viktiga i stället är att placera en fråga på verksamheternas dagordning, kan det vara klokt att ge mer eller mindre obegränsat utrymme för lokal kreativitet kring hur frågan ska hanteras. Det kan exempelvis gälla en riskfaktor och sjukdom som vården historiskt sett inte varit särskilt engagerad i att behandla, men där det finns ett starkt intresse från samhällets sida att öka engagemanget. En tredje möjlighet är att beslutet syftar till att röra om i grytan, till exempel på grund av att man vill påverka hårt cementerade maktstrukturer och koalitioner. Också här kan det slutliga resultatet vara av mindre betydelse – det primära är att rådande strukturer luckras upp. En fjärde typ av ambition med implementeringen kan vara att intentionerna bakom ett styrinitiativ ska omsättas i praktiken, men att det måste finnas utrymme för kloka lokala tolkningar och modifieringar. Här blir en viktig uppgift att möjliggöra, kanske till och med underlätta för sådana värdeskapande omtolkningar, utan att förlora styrinitiativets syfte.

Om ens ambition med att implementera en lednings- eller styrmodell är att sätta en fråga på agendan, att röra om i grytan eller att förändra verksamheten i en viss riktning men med stor ödmjukhet för behovet av lokala modifieringar och anpassningar, är det inte färdigspecificerade organisationslösningar eller mer elaborerade implementeringsstrategier som behövs. Det som behöver utvecklas är förmågan hos lokalt verksamma ledare att uppfatta och agera utifrån förutsättningarna i den situation och omvärld som deras organisation befinner sig i. Att driva implementeringsprocesser handlar då mer om att mobilisera lokala intressegrupper och försöka hitta praktiskt fungerande sätt att förhålla sig till komplexa och kontextuellt beroende förändringsinitiativ, än om att försöka detaljplanera framtiden (Blomberg & Lundin, 2009). Värt att notera är att detta inte är detsamma som att säga att det är fritt valt arbete som ska råda. Paradoxen är att genom en mindre specifik detaljeringsgrad, kan intentionen att förändra ha större sannolikhet att lyckas tack vare ett utökat ansvar som innebär anpassning till den lokala situationen.

Studier av hur ledare fattar beslut om och försöker genomföra förändringar visar generellt på att de oftast utövar ett situationsbaserat ledarskap. De använder sig av en lämplighetslogik, det vill säga de handlar utifrån en bedömning av vad de i sin roll förväntas och har möjlighet att göra i den situation som de befinner sig i.

Detta är särskilt tydligt i implementeringsprocesser, där många av åtgärderna för att underlätta implementering brukar initieras som en reaktion på oförutsedda problem och svårigheter, som dyker upp vid sidan av de formella implementeringsplanerna. Det finns goda argument för att en lämplighetslogik i många fall ger bättre resultat än vad en strikt rationell, linjär logik hade kunnat åstadkomma. Dels förutsätter den sistnämnda att man har detaljkontroll också över framtiden. Dels är det i många fall framgångsrika ledares agerande som studerats. En fascinerande aspekt där är att forskningen trots skilda studieperioder, olika studieobjekt och olikartade referensramar kommer fram till en i stora drag likartad bild (Leavitt, 1996) – att flexibilitet och förmåga att reagera och hantera många och föränderliga krav är viktigare i ledningsarbetet än de systematiska planerings- och implementeringsaktiviteterna.

En slutsats blir att den som driver implementeringsbeslut inte vid varje tillfälle måste förmedla någon färdigutvecklad lösning, utan ibland kan det räcka med några bärande principer som varje lokal praktik har stor frihet att arbeta vidare med. Men man kan erbjuda verktyg för att underlätta en värdeskapande lokal utveckling av dessa principer. Rätt utformad kan uppföljning bli ett sådant verktyg.

Det finns andra sätt att se på uppföljning

Det är inte bara intresset för att följa upp och utvärdera verksamheter som ökat under senare decennier. Uppföljningen har också blivit alltmer detaljerad och fokuserad på specificerade, helst mätbara prestationsindikatorer och utvärderingsvariabler, vars efterlevnad styrs med hjälp av ekonomiska och andra belöningar och/eller sanktioner. Men den här typen av hårdkopplad uppföljning är bara ett av många möjliga sätt att följa upp och utvärdera. Precis som när det gäller implementeringsprocesser finns det alternativa sätt att gå tillväga.

Ett exempel på alternativa tillvägagångssätt kan hämtas från en analys av hur offentliga utredningar används (Vedung, 1998). Offentliga utredningar syftar i regel till att undersöka en fråga för att ge underlag för olika åtgärder. Det rör sig följaktligen om en utvärdering av nuläget. Analysen pekar på fem användningssätt av sådana utvärderingar. De kan användas i upplysande syfte för att öka förståelsen för problemområdet. De kan också användas i legitimerande syfte för att rättfärdiga i princip redan fattade beslut. Interaktiv användning är en tredje variant. Här fungerar utvärderingen som verktyg för dialog mellan styrande och styrda. De sista två sätten att utnyttja utvärderingar är taktisk användning i syfte att ge sken av att något händer, och rituell användning där utvärdering görs för att utvärderingar enligt normen ska göras. Rituell, taktisk och legitimerande användning framstår

kanske som "illegitima" uppföljningslogiker. Men givet det vi vet om ledningsarbets villkor, till exempel som en följd av hälso- och sjukvårdens mångstyriighet, kan även sådana uppföljningsstrategier vara berättigade att använda. All uppföljning behöver och ska inte hårdkopplas i en ambition att uppfylla det målrationala idealet. Också när det gäller uppföljningar krävs det balansering och avvägning mellan olika krav.

En första viktig fråga när man diskuterar hur uppföljning och utvärdering av till exempel ett ledningsbeslut ska utformas är hur beslutet är tänkt att implementeras. Är syftet med beslutet och implementeringen att sätta en fråga på agendan, är det inte rimligt att lägga mycket resurser på att detaljerat kontrollera följsamhet. Däremot kanske man kan göra öppna uppföljningar kring vad som händer och hjälpa till att sprida information mellan olika verksamheter om vilka aktiviteter eller projekt som har initierats i relation till initiativet. Uppföljningar av ledningsbeslut som är starkt kopplade till lokala professionella bedömningar bör generellt sett också ges stort utrymme för lokala variationer, men handlar det om att stärka brukares och patienters position gentemot vårdpersonalen kommer saken i ett annat läge. Där kan det finnas anledning att göra noggranna uppföljningar av följsamhet utifrån patientperspektivet.

Beroende bland annat på beslutets och implementeringens syfte och innehåll kan alltså en avvägning göras mellan en mer proaktiv respektive en mer reaktiv uppföljning, såväl som mellan en bredare, mer resonerande och stödjande granskning och en mer avgränsad uppföljning baserad på följsamhet till vissa fördefinierade mätetal. Förekomsten av andra utvärderingar och uppföljningar är också relevant för hur en ny utvärdering ska utformas. Om en verksamhet redan är överbelamrad med krav på datainsamling och mätning finns det förmodligen anledning med att vara restriktiv med att lägga på ytterligare rapporteringskrav. Att utvärdera och följa upp syftar ju till att påverka en verksamhet. Men en uppföljning kan få motsatt effekt om den exempelvis leder till att verksamheten ägnar sig åt ögontjäneri ("conformance" i stället för "performance"), eller till och med vänder sig emot den förändring som ska genomföras på grund av att den är kopplad till en typ av uppföljning som man ogillar. Ett säkert sätt att skapa irritation bland dem som är verksamma i den operativa vården är till exempel att följa upp och belöna eller bestraffa verksamheter för faktorer som är mycket svåra, om ens möjliga, att påverka lokalt.

För det andra är uppföljning och utvärdering endast en form av styrning. Andra styrinstrument är regler och ersättningsystem. En viktig fråga när en utvärdering

ska utformas blir därför i vilken grad olika styrinstrument ska kopplas samman. Tar man fram, följer upp och kopplar ersättningsystemet till följsamhet till ett antal prestationsindikatorer skapas en hårdkopplad styrning. Som styrande gäller det att vara övertygad om att just den prestationen är värd att prioritera framför andra, innan man skapar en sådan hård kopplad styrning. De flesta styrande har inte ett så begränsat fokus. Det brukar finnas andra värden som de är intresserade av att uppnå, varför andra sätt att utvärdera verksamheter och förändringsinitiativ är värda att beakta.

Ett alternativt sätt att utvärdera är att särkoppla utvärderingar från krav på prestation och ersättningsystem. Att ställa vissa krav på prestation, utvärdera utifrån andra aspekter och ersätta verksamheten enligt ännu en princip kan framstå som moraliskt klandervärt. Men det handlar om hur man ser på och använder sig av utvärderingar. Är de ett underlag för diskussion med dem som arbetar i vårdpraktiken om vad verksamheten ytterst sett ska ägna sig åt? Eller är de ett underlag för beröm och kritik, kopplat till ekonomiska bestraffningar och belöningar i snävt avgränsade resultatenheter? Om det sistnämnda gäller krävs naturligtvis konsistens kring vad som ska åstadkommas och prioriteras. Men styrning av vården kan inte utformas så enkelspårigt. Den kräver samtal, dialog och samverkan. Att använda utvärderingar som underlag för en sådan dialog är en väletablerad praxis inom många andra sektorer. Ett exempel kan vara den i vården ständigt förekommande diskussionen om huruvida register och datakällor skall användas för beskrivning och analys eller styrning och uppföljning. Ofta slår man inledningsvis fast att man inte ska styra med hjälp av beskrivningssystem, varpå styrindikatorer baserade på beskrivningsdata ändå används.

Den etablerade uppdelningen mellan beslut, implementering och utvärdering/uppföljning har, som vi tidigare diskuterat i denna text, sin grund i en rationalistisk-funktionalistisk syn på hur styrning och organisationsledning bör fungera. Släpper man det målrationala idealet för att exempelvis betrakta utvärdering som ett underlag för dialog, blir gränsdragningen mellan implementering och utvärdering mer oklar. Det finns forskare som har antagit ett radikalt perspektiv där man menar att alla förändringsinitiativ ska ses och behandlas som unika för den specifika lokala praktiken (se t ex Berg, 1997). Utifrån ett sådant perspektiv är implementeringsproblem något som skapas av att man utgår från föreställningen att utveckling och införande och uppföljning är av olika faser som har olika karaktär, snarare än att vara del av en och samma "översättningsprocess" där en idé ständigt omtolkas, omvandlas och på olika sätt "situeras" i en viss praktik.

Skillnaden mellan de två synsätten kan illustreras med hjälp av två olika metoder att utveckla integrerade vårdkedjor. Det vanligaste förhållningssättet är att först ta fram detaljerade manualer för hur olika vårdkedjor ska vara utformade, för att därefter försöka införa dessa färdiga modeller i praktiken. De uppföljningar som gjorts pekar på att stora implementeringsproblem uppstått. Ett annat förhållningssätt, som också har tillämpats i några fall, är lokal utformning av vårdkedjorna. Här utvecklas vårdkedjorna i en lokal och kontinuerlig process där man ständigt ägnar sig åt att diskutera, praktiskt pröva och kritiskt värdera nyttan av och relevansen för den egna vårdpraktiken av att använda sig av olika varianter av vårdkedjor, samtidigt som man förhåller sig kritiskt utvärderande till den egna vårdpraktikens rådande organisation. I det sistnämnda fallet blir följaktligen utveckling, implementering och uppföljning en enda sömlös process.

Snarare än att som ledare eller reformatör börja med utveckla och fatta beslut om att införa en viss generell lednings- eller styrmodell i lokala verksamheter, är alltså ett alternativt tillvägagångssätt att lägga kompetens och resurser på att ge utvecklingsstöd till lokalt situerade praktiker så att de kan ta fram egna lösningar som är anpassade för, samtidigt som de förändrar, respektive praktik. Viss vägledning om hur detta stöd kan åstadkommas kan man få av den aktionsforskning som företrädare för denna syn på förändring och styrning har ägnat sig åt (Zuiderent-Jerak, 2007). En grundläggande utgångspunkt är att ledare inte ska förmedla någon färdigutvecklad lösning, utan bara några fundamentala förändringsprinciper som varje lokal praktik har stor frihet att arbeta vidare med. Här finns det utrymme och behov av assistans från centralt placerade aktörer. Vi ska peka på tre möjligheter som prövats i praktiken.

En första möjlighet är regelbundet återkommande besök där lokala aktörer ges möjlighet att presentera problem, hinder och svårigheter som uppkommer i processen och diskutera dessa med en ”distanserad coach” som agerar bollplank i det lokala arbetet med att utforma förändringen. Rollen är alltså att underlätta processen, inte att komma med lösningar och berätta hur saker och ting är eller bör vara utan ge stöd för att hantera de konkreta problem och hinder som uppkommer i det lokala förändringsarbetet. Coachen ska inte föra en proaktiv diskussion kring varjehanda tänkbara potentiella svårigheter, en förutsättning är att stödet ges återkommande under reformarbetets gång. Det är också viktigt att coachen uppfattas som neutral i relation till olika aktörer, det vill säga att de inte ses som representanter för någon slags ledning. Forskarna konstaterar att detta kan vara nog så svårt att undvika även som forskare (Bal & Mastboom, 2007).

En annan, för ledningen mindre krävande, möjlighet är att hjälpa till att sprida exempel på hur olika lokala praktiker skapat lokalt situerade lösningar med utgångspunkt i samma grundidéer. Men det handlar inte om att utse och sprida kunskap om en ”best practice”, eller ens att formulera specifika beskrivningar av hur reformprocesser drivits och vad resultatet blivit i olika lokala sammanhang. Utifrån den radikala syn på organisationsförändring som vi diskuterar här finns ingen generell ”best practice”. Det finns bara mer eller mindre välfungerande lokalt situerade praktiker. Det är därför en sak att hämta inspiration och idéer från en annan praktik. Det är en annan sak att försöka imitera en ”best practice” som utformats utifrån specifika förutsättningar i en specifik situation. Vad som ska uppmuntras är därför kontakt mellan olika lokala sammanhang. En möjlighet som prövats är att skapa en databas som helt enkelt ger information om att en viss typ av förändringsarbete har drivits på ett visst sjukhus eller klinik, samt namn, telefon och adress till dessa enheter och eventuella kontaktpersoner.

För det tredje kan ledningen organisera möten som samlar aktörer från lokala vårdpraktiker som för tillfället är engagerade i liknande reformprocesser. Det kan handla om fokus- eller erfarenhetsgrupper, där ett begränsat antal deltagare regelbundet möts under ledning av en processledare för att bolla problem, sprida idéer till lösningar eller bara dryfta det lokala processarbetet. Men man kan också tänka sig erfarenhetsutbyten på större och mer öppna arenor, där varje tillfälle tar upp ett tema som introduceras kort av någon forskare eller utredare för att därefter diskuteras både i smågrupper och i plenum av de som har valt att närvara vid det tillfället.

Det radikala perspektivet på förändring av verksamheter som en lokal, situationsanpassad ständigt pågående process står i rakt motsatsförhållande till den traditionella, rationalistisk-funktionalistiska föreställningen om styrning och förändring som delar upp och särskiljer utveckling, beslut, implementering och uppföljning. Det väcker frågan om hur generella lednings- och styrmodeller förhåller sig och bör förhålla sig till praktiken.

Det finns andra sätt att se på användning av lednings- och styrmodeller

Diskussionen kring hur implementering och uppföljning ska genomföras väcker mer grundläggande frågor om vilka förhållanden som råder och bör råda mellan modellernas värld och vårdverksamheterna så som de bedrivs i praktiken. I vilken utsträckning är det lämpligt att verksamheter är följsamma till en viss generell modell som ledningen har bestämt ska införas? Det kan handla om alltifrån en ny

organisationslösning som lean, till ett nytt vårdprogram för en sjukdom. I vilken utsträckning ska varje verksamhet i stället följa situationsanpassade, lokalt utvecklade lösningar? Kort och gott, i vilken utsträckning ska verksamheter standardiseras?

Standardisering av verksamheter kan ha olika syften, men ett syfte brukar vara att förbättra verksamheternas kvalitet och minimera de fel som begås, genom att specificera hur olika uppgifter på bästa sätt ska utföras och kontrollera att vårdgivare inte avviker från denna rätta väg. Idén om standardisering bygger alltså på föreställningen att det finns ett bästa sätt att organisera en verksamhet eller utföra en uppgift. Det är ett tveksamt antagande. Även om det går att ta fram vissa grundprinciper för hur exempelvis hög vårdkvalitet ska nås, så brukar en fungerande användning av en standard kräva lokal anpassning. Exempelvis ser vi i många lyckade lean-organisationer att det hela tiden finns en lokal möjlighet att påverka och förbättra standards (Modig & Åhlström, 2011). Samtidigt kan inte den lokala rätten att avvika vara total. Detta gäller inte minst när det finns krav på samverkan och samsyn mellan olika enheter kring vad som utgör ett gott arbetssätt, eller när vi har en kontinuerlig verksamhet som kräver ständiga överföringar mellan olika arbetslag. Här krävs en avvägning mellan standardisering och lokal flexibilitet.

Frågan kompliceras av att vården består av många och mycket olika verksamheter. Förutsättningarna lokalt att tillämpa en viss modell eller en viss metod kan därför variera högst väsentligt. Dels varierar verksamheternas syfte och organisatoriska struktur, dels finns det skillnader vad gäller intresse och förmåga att ta till sig nya koncept och att själv utveckla goda arbetssätt för att utföra sina uppgifter. Skillnaderna kan vara så stora att den generella lednings- eller styrmodell som snabbt låter sig införas och också förbättrar vårdkvaliteten på en enhet, kräver enorma resurser för att över huvud taget kunna börja införas på en annan. En klinik där man redan är van vid att samarbeta informellt över professionsgränserna har lättare att ta till sig en organisationslösning som bygger på sådana samarbeten. En klinik där personalen är försiktig med att snabbt ge patienter en bestämd diagnos har svårare att anpassa sig till diagnosrelaterade ersättningsystem. Effekterna av att tillämpa en viss generell modell kan också variera beroende på hur interaktionen med andra styrinitiativ ser ut. Lokala försök att förbättra patientflödet mellan enheter lär exempelvis komma i konflikt med ersättningsmodeller som premierar enhetsvis resursoptimering.

Ett exempel på hur den lokala organisationen kan påverka utformningen och därmed mottagandet av en generell modell är hanteringen av kvalitetsstandard ISO 9000, där certifieringen ibland har kommit att få ett värde i sig som är frikopplat

från den verksamhet vars innehåll ska kvalitetssäkras. En del av verksamheten, ofta den egna stabsenheten, har fått i uppdrag att införa standarden. De blir experter, gör en bokstavstrogen tolkning och kräver att verksamheten ska följa standarden till punkt och pricka. När förståelsen för det kravet visar sig vara låg i resten av organisationen, börjar standarden leva sitt eget liv i staben, frikopplad från det som sker i det dagliga operativa arbetet.

Bokstavstroga tolkningar av generella lednings- och styrmodeller är sällan produktiva. Ett grundproblem är den ökande mångstyriheten som vi ingående beskrivit. Den kan inte hanteras om det ställs krav på bokstavstroghet till alla styrimpulser. Det krävs en bredare repertoar, som inkluderar både direkt motstånd och ett stort mått av olika former av pragmatism i förhållande till generella modeller. En generell modell kan exempelvis ses som en rekommendation, där man plockar de delar som man anser vara till nytta för ens verksamhet, och ger den etablerade verksamheten företräde om det uppstår konflikter. Men en pragmatisk inställning kan också innebära att man som ledare hänvisar till krav på att man ska anpassa sig till den nya modellen för att slippa att själv säga nej eller fatta obekväma beslut. En pragmatisk inställning kan också innebära att man anpassar sig till en generell modell trots att man uppfattar att den har ett mycket litet värde. Orsaken kan exempelvis vara att det är enklare att följa strömmen eller att man saknar möjlighet att söka efter andra och bättre lösningar.

Det är troligt att en större organisation, till exempel ett landsting eller ett större sjukhus, innefattar många sätt att tolka och hantera en generell modell på en och samma gång. Modellen kan ses som mycket viktig av interna stabsfunktioner och intern revision, om deras uppgift är att se till att organisationen följer externa krav och föreskrifter. Synen på modellen kan vara bokstavstrogen i dessa fall, men även pragmatisk, beroende på lokal inställning till kopplingen mellan representation och handling (se vidare om särkoppling nedan).

Medarbetare på operativ nivå kan inta en pragmatiskt positiv inställning, till exempel genom att plocka delar av modellen som de har nytta av i sitt arbete. En negativ inställning till modellen kan bero på att den inte uppfattas ha något värde, att det ställs krav på bokstavstrogen anpassning eller att den lokala verksamheten utsätts för så många samtidigt styrimpulser att följsamhet till ännu en modell bara uppfattas som ännu en administrativ påлага. Ett problem som centrala aktörer kan ha är att en rekommendation som ska tolkas och överföras till det lokala sammanhanget inte gör det. Istället inför man en förändring som inte är anpassad till det lokala sammanhanget och inte heller var avsedd att införas i den formen. Koncept

tuella modeller som exempelvis lean och balanserade styrkort tenderar ofta att uppfattas och användas som färdiga checklistor för vad som ska göras, trots att den ursprungliga intentionen bakom dessa modeller snarare är att de ska fungera som verktyg för att förstå lokala processer och utvecklingsbehov.

Det finns alltså anledning att fundera över var i hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga hos vilka aktörer och på vilka hierarkiska nivåer, som olika lösningar ska utvecklas och spridas som standarder till olika vårdverksamheter. Att det finns många områden där centrala, nationellt bestämda direktiv och förordningar bör styra helt, eller åtminstone vara utgångspunkter för den lokala vårdverksamheten, är uppenbart. Vården hanterar extremt känsliga och svåra frågor och uppgifter. En sådan verksamhet kan inte lämnas till enskilda vårdgivare att själva styra över. Det kräver demokratisk, centraliserad styrning via lagar, regler, kontroller och sanktioner. Exempelvis torde de flesta acceptera att det bör finnas centralt beslutade regelverk för hur journaler och journaldata får hanteras, såväl inom som mellan vårdenheter. Men när centralisering blir en ryggmärksreflex riskerar man att skapa ett för alla frustrerande glapp. Ett glapp mellan de operativa verksamheterna och de generella lednings- och styrmodellerna, och ett glapp mellan dem som arbetar med verksamheterna och dem som arbetar med dessa standardmodeller. Då växer också det lokala föraktet för arbetet med modeller – verksamhetsplaner, balanserade styrkort, ledningssystem etcetera – med hänvisning till det mycket rimliga argumentet att hantering av dessa modeller bara tar tid från vårdarbetet, att administrationen tränger ut vården. Här finns ett behov av mer kunskap kring formerna för lokal anpassning och utnyttjande av det lokala handlingsutrymme som faktiskt finns, även då det formellt inte uttrycks så.





Implikationer för ledning och styrning på olika nivåer

Som vi flera gånger har påtalat råder det ingen brist på styrning i sjukvården. Självfallet är många av de styrambitioner som förs fram – allt från abstrakt formulerade idéer till tvingande direktiv – av godo och till stor nytta. Alla föreställningar om hur organisationer ska utformas och styras passar dock inte för alla verksamheter. Att arbeta med budgetar, kvalitetssystem eller målstyrning kan passa vissa vårdenheter, medan det i andra verksamheter snarast försvårar arbetet och försämrar kvalitén. Att oreflekterat anamma såväl klassiska administrativa ideal som moderna managementkoncept rymmer faror.

Genom att tillämpa principer som inte motsvarar ledningssituationers faktiska komplexitet, riskerar man, som forskare länge visat på, att skapa ett slags pseudo-kontroll, det vill säga en illusion av styrning och rationell ledning (Hofstede, 1981). Även om moderna och rationellt baserade ledningstekniker kan stärka legitimiteten är det inte säkert att styrningen får avsedda effekter, inte minst då vården är en mycket heterogen sektor med en stor variation på de verksamheter som ska styras. All lärdom från empiriska studier visar också att abstrakta beslut och modeller måste tolkas för att vara värdeskapande.

Observationen att styrningen av hälso- och sjukvården utgår från en förenklad verklighetsbild, betyder inte att försöken att styra är omotiverade. Det gäller paradoxalt nog särskilt mot bakgrund av den mångfald av grundläggande värden som måste beaktas i vårdverksamheter. Det är dock omotiverat att tro eller kräva att verksamheter i alla lägen kan eller ens bör uppvisa en fullständig följsamhet till all styrning. I regel krävs att man avgör hur pass väl olika styrförsök är tillämpliga i den enskilda situationen, och man gör en för situationen god avvägning mellan olika värden. Denna typ av balansering av olika dimensioner av vad som utgör en god prestation sker på många olika platser och nivåer i vårdsystemet, och berör såväl de styrande som de som styrningen avser träffa. Det finns, menar vi, ingen formel för hur sådana bedömningar och avvägningar ska optimeras.

Trots att flertalet beslut som fattas i vårdverksamheternas vardag förutsätter avvägningar mellan olika styrsignaler, så är interaktionen mellan olika styrsystem ett underbelyst område. Att styrningen mångfaldigas och specificeras betyder inte nödvändigtvis att den sammantagna styreffekten förstärks. Styrningen kan tvärtom ge upphov till ett överskott på styrimpulser och kanske till ett underskott på efter-

levnad. En konsekvens av detta är den till synes motsägelsefulla observationen att en ökad mängd styrning förutsätter en ökad självständig förmåga hos de verksamheter som ska styras. Detta krävs därför att en ökad mängd styrning i regel leder till ett ökat behov av fler situationsanpassade avvägningar och bedömningar på operativ nivå. Och mer av kloka avvägningar från de styrandes sida, om de vill få bättre effekt av sina ansträngningar. Vi ska illustrera implikationerna av resonemanget med några exempel från både den lokala styrningen på verksamhetsnivån, och den styrning på distans som utövas av centralt placerade aktörer.

Att styra på lokal nivå

Verksamhetschefer i hälso- och sjukvården har en uppsjö av styrkrav som riktas mot dem: enheterna de ansvarar för bör uppvisa goda behandlingsresultat, hög patientnöjdhet, hålla budgeten och erbjuda en god arbetsplats. Medicinska, ekonomiska och brukarrelaterade prestationsmål följs upp parallellt, men kan samtidigt konkurrera med eller till och med motsäga varandra. Det beror på att olika styrsystem ofta är endimensionella i vad de syftar till att kontrollera och att utveckling och förändring av styrningen ofta sker separat inom varje fokusområde. Många krav kommer utifrån men handlar om hur verksamheterna ska fungera internt: hur de ska vara organiserade, vilka mål och planer de ska ha och hur deras redovisning ska se ut. Många av kraven ligger dessutom utanför vårdens kärnverksamhet. Beställare kräver bland annat jämställdhetsplaner och arbetsmiljöplaner. Helst ska det också finnas någon som jobbar särskilt med jämställdheten och arbetsmiljön. Förutom att producera god vård, förutsätts vårdorganisationer kunna visa att de uppträder politiskt korrekt. I landstinget Sörmland gjordes nyligen en intern inventering av de målvariabler som direkt är ämnade att påverka de enskilda verksamheterna. Summan var över sjuttio!

Samtidigt måste det naturligtvis bedrivas operativ verksamhet i vården. Det operativa arbetet karakteriseras av mötet mellan olika formella och informella styrsystem. På verksamhetsnivån finns många olika typer av styrning som interagerar, till exempel regelstyrning, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och styrning via professionella normer för att nämna några vanligt förekommande former. Ett grundläggande dilemma på verksamhetsnivån rör glappet mellan vad all denna styrning föreskriver och vad som är realistiskt att omsätta i praktiken, särskilt när styrningen blir mer och mer mångfaldig och detaljerad. Problemet uppmärksammades tidigt inom exempelvis nyinstitutionell organisationsteori, som också identifierade en vanlig strategi som lokala chefer tillämpar för att bemästra situationen, så kallad särkoppling (Meyer & Rowan, 1977).

Särkoppling innebär att normativa ideal hålls åtskilda från organisatorisk praktik, och bygger på att det är enklare att hantera motstridiga krav i tal och text än i handling. I representationsammanhang kan krav utan vidare staplas upp bredvid varandra, och man kan bortse från svårigheterna att uppfylla alla krav samtidigt. Att organisationer ställs inför motstridiga krav blir alltså en anledning för dess ledare att lägga stor vikt vid att redogöra för mål, planer och andra beslut, snarare än att återge vad som verkligen har utträttats i verksamheten. Genom att använda normativa ideal som en organisatorisk fasad erhåller organisationen och dess ledning nödvändig legitimitet, samtidigt som skenbart irrationella – men i praktiken effektiva – handlingsmönster utnyttjas i det operativa arbetet.

Även om särkoppling ger nödvändig flexibilitet från styrningens imperativ, finns risken att strategin uppfattas som ett slags organisatoriskt hyckleri (Brunsson, 1989), som på sikt kan skapa trovärdighetsproblem. Dessutom har särkoppling mellan prat och handling blivit praktiskt allt svårare att tillämpa inom hälso- och sjukvården, på grund av den tilltagande hårdkopplingen mellan styrning och uppföljning – man bedöms i allt högre grad utifrån prestationsbaserade indikatorer och jämförelser. Fler krav på bättre implementeringsprocesser och större inslag av granskning och kontroll leder i samma riktning. Samtidigt är det, som vi diskuterat tidigare, inte realistiskt att tro att dessa rationalistisk-funktionalistiska metoder kommer att leda till en lösning på implementeringsproblematiken. Det är dessutom sannolikt att särkoppling i form av konformitet till en stor mängd snäva indikatorer vars redovisning tar stora resurser i anspråk, kan ge upphov till än djupare problem än den klassiska särkopplingen, där legitimeringen mot omvärlden skapade utrymme för verksamheter att internt fokusera på produktion och värdeskapande.

Som verksamhetschef måste man fokusera på att uppfylla vissa krav. Men man kan inte förvänta sig, begära eller ens önska att lokala verksamheter i alla lägen ska vara följsamma till alla krav. Att hålla fast vid den illusionen är inte konstruktivt. Vi menar att mycket vore vunnet för hälso- och sjukvårdens utveckling om man tillät sig att tänka lite bredare/mer praktisknära kring de faktiska handlingsalternativ som finns på verksamhetsnivån när det gäller att förhålla sig till olika styrsignaler. Ett sådant förhållningssätt skulle också ge större möjligheter för verksamhetschefer att agera ändamålsenligt givet sin situation.

Som verksamhetschef behöver man kunna presentera sin organisation så att det framgår att den så långt som möjligt motsvarar alla krav som ställs från olika håll. Men med tanke på den stora mängden styrsignaler av varierande art och specificeringsgrad, behöver man också sortera bland styrsignalerna, så att man skiljer ut

signaler som är tvingande att följa, till exempel genom deras koppling till lagstiftning. En annan möjlighet att prioritera är att sälla ut den information som har direkt relevans för utvecklingsarbetet inom den enhet man ansvarar för, och som dessutom verkligen är påverkbar utifrån den roll, den kompetens och de befogenheter man besitter. Mycket av dagens uppföljning handlar till exempel mer om förutsättningar i form av patientkategorier, demografiska förhållanden, levnadsvanor och andra socialmedicinska faktorer som visserligen är viktiga för vårdkvaliteten, men som oftast ligger utanför en verksamhetschefs kontroll. En annan avvägning gäller hur man ska vikta de signaler som ges uppifrån – från huvudmän och olika myndigheter – med dem som kommer nedifrån – från patienter och deras företrädare.

Verksamhetschefer behöver också kunna tolka och omtolka styrsignalerna så att de (eller åtminstone vissa av dem) kan omsättas till konkreta aktiviteter i den egna verksamheten. Att vård ska vara av god kvalitet och ta sin utgångspunkt i patienters och anhörigas behov kan betyda olika saker på en thoraxklinik, på ett universitetssjukhus respektive en företagshälsovård. Poängen är alltså inte att viss vård är mer speciell eller komplicerad än annan vård, utan att begrepp som kvalitet och patientfokus betyder olika saker i olika sammanhang. Just därför krävs ett lokalt översättningsarbete genom vilket man tolkar och tillskriver den här typen av termer en relevant lokal innebörd.

Men som verksamhetschef måste man inte bara hantera styrsignaler uppifrån och utifrån, man ska också själv styra. När man sorterat ut de relevanta styrsignalerna och tolkat dem till något praktiskt applicerbart, återstår utmaningen att nå igenom bruset för att fånga uppmärksamhet och engagemang hos dem som i sitt dagliga arbete ska genomföra förändringen. Även här finns en repertoar av olika strategier som verksamhetschefer kan tillgripa. En traditionell strategi är att arbeta med ökad kravställning på medarbetarna, att förtydliga den förväntade insatsen och göra riktade uppföljningar av resultaten, eventuellt kopplat till olika typer av belöningar. Som vi har visat är detta ofta kontraproduktivt, såtillvida att man inte har möjligheten att utnyttja existerande mätetal.

En annan möjlighet är att försöka förankra förändringen genom att presentera information om dess bakgrund, syfte och mål, eventuella koppling till nationella riktlinjer, politiska förankring, koppling till evidens och forskning inom relevant område osv. Kommunikationsstrategin kan ha varierande inslag av dialog, olika öppenhet för att förändra innehåll och process beroende på synpunkter från golvet, och olika betoning på samsyn och konsensus relativt makt och hierarkiska

befogenheter för att driva igenom förändringen (jfr diskussionen om alternativa implementerings- och uppföljningsstrategier tidigare i denna text).

En tredje strategi, som är mer av ett förhållningssätt än en specifik metod, är att medvetet jämkla mellan olika styrsignaler i det dagliga arbetet. Som verksamhetschef kan man ofta inte påverka innehållet i styrningen, men man kan anpassa implementeringen så att situationen blir hanterbar. En chef på ett vård- och omsorgsboende beskrev sitt arbete med att leda ett förändringsprojekt på följande vis: ”Vi försöker hantera de mångfaldiga styrsignalerna genom att noga studera de krockar som uppstår och försöka se var det inte krockar och först konstatera var det finns likheter och en möjlighet att enklast förena projektets innehåll/struktur med nya direktiv, rutiner och metoder som kommer utifrån. Där det kvarstår krockar försöker vi hitta andra arbetssätt/metoder som redan finns i verksamheten och som inte har med projektet att göra där de nya direktiven etc. kan ”hängas upp”. Kanske innebär det att någon befintlig rutin måste revideras, då gör vi det. Ibland kräver de nya direktiven att enstaka delar av projektet måste modifieras för att kunna fortsätta på ett smidigt sätt. I vissa fall krävs det att min enhet beskriver för förvaltningen eller externa granskare hur integreringen eller den eventuella anpassningen går till så att de kan se att det finns en flexibilitet i organisationens sätt att arbeta i syfte att uppnå målen med projektet och nya direktiv”.

Det är värt att betona att det ”sunda förnuft” som citatet ger exempel på inte är något trivialt. Verksamhetschefer behöver kompetens, verktyg och stöd för att kunna och våga se utanför det målrationala idealet och agera situationsanpassat. Detta kan underlättas om styrande aktörer lämnar vissa frihetsgrader i utförandet, eller till och med premierar förmågan till flexibilitet hos de lokala verksamheterna. Nedan ges några exempel på vad styraktörer på central nivå kan göra för att bidra till detta.

Att styra på distans

Departement, diverse myndigheter, nationella organ som SKL och huvudmän i form av landstings- och kommunledningar finns bland dem som försöker styra vården på distans från den operativa verksamheten. Styrning på distans är alltid svårt på grund av den nödvändiga kunskapen om de lokala sammanhangen. Att skaffa sig sådan kunskap blir svårare ju längre bort ifrån praktiken man befinner sig (Blomgren & Sahlin-Andersson, 2004). Inte minst för politiker och tjänstemän på central nivå kan det vara en stor utmaning att förstå och förutse de förutsättningar som kommer att råda vid implementeringen ute i verksamheterna. Att proaktivt försöka kartlägga mångfalden av styrimpulser från olika källor, hur alla dessa styrimpulser kan komma att interagera med ett aktuellt förändringsinitiativ,

och vilka möjligheter man som styrande har att försöka påverka implementeringen i bruset av alla dessa styrsignaler är mycket svårt, kanske omöjligt.

Det är dock en stor fördel om beslutsfattare och förvaltning under utformningen av en ny styrmodell kan beakta de mest relevanta och uppenbara delarna av den mångstyrihet som praktiken är utsatt för, särskilt förhållandet mellan de olika typer av styrsignaler som man själv sänder ut. Hur ska man exempelvis hantera en situation där den egna styrningen inom berört område direkt motverkar ett nytt förändringsinitiativ, till exempel genom att ekonomistyrningen fokuserar på resultaten medan man genom ett projekt vill få till stånd samverkan mellan dessa enheter? En grundläggande ambition bör vara att förändringsprojekt inte ska utformas så att deras möjligheter att påverka och överleva i den ordinarie verksamheten begränsas på förhand. Ett undantag kan vara om syftet är att ”bara” sätta en ny fråga på dagordningen, men då bör också uppföljningen anpassas därefter.

En grundfråga är hur påverkan på lokala verksamheter kan och ska ske från den centrala nivån. Styrning via centralt formulerade standarder sägs leda både till bättre medicinsk kvalitet och ökad ekonomisk effektivitet. En mängd centrala rekommendationer och riktlinjer, till exempel i form av vårdprogram och nationella kvalitetsregister, har också utvecklats under senare år. I allt större utsträckning förstärks lokala verksamheters följsamhet till sådana centrala styrinitiativ via ekonomiska prioriteringar och incitament, och tekniker som offentliga jämförelser och rankningar.

En första rimlig utgångspunkt för ett centralt styrinitiativ är att välja ut och fokusera på ett begränsat antal aspekter och frågor. Även om en övergripande strategi alltid omfattar vissa övergripande formuleringar är det rimligt att eventuella fokusområden rör frågor som går att påverka från den nationella nivån. Vilka frågor som ska väljas hänger nära ihop med syftet med styrningen och i vilket avseende den förväntas bidra till det lokala vårdarbetet. Fokusområden för en centralt placerad styraktör kan inbegripa frågor som kräver nationell koordinering på grund av att de inte kan lösas på den lokala nivån, att ingen aktör har ett helhetsansvar, eller att det krävs central samordning mellan existerande initiativ. Fokus kan alternativt ligga på frågor som inte redan hanteras i andra lagar, regelverk och riktlinjer, där det finns en möjlighet för en nationell strategi att identifiera luckor och/eller utveckla systemet mot nya eller förändrade styrformer, i frågor som berör den lokala prioriteringen av olika aktiviteter inom aktuellt område. En nationell strategi kan också vara vägledande.

Vad gäller stöd till lokala prioriteringar är detta en mer principiell fråga om på vilket sätt ett centralt styrinitiativ kan påverka vårdpraktiken. En möjlighet är att sätta en

fråga på dagordningen genom att formulera nationella mål och lita på ”trickle-down”-effekten, det vill säga, att vikten av frågan ska sippra ned till vårdens aktörer. En sådan ramstrategi lämnar per automatik stora frihetsgrader i implementeringen, då frågan om vilka aktiviteter som ska prioriteras för att nå målen helt lämnas åt de lokala verksamheterna.

Men centralt utformad styrning omfattar ofta en mer aktiv roll. En nationell strategi för exempelvis patientsäkerhet kan peka ut vissa medel för att nå målen, såsom kompetensutveckling eller ökad patientmedverkan. Den kan även innehålla planer på nationell utveckling och tillhandahållande av såväl verktyg för som resurser till lokal implementering. Det kan handla om att utveckla system för att hantera det tidigare nämnda problemet med samverkan kring enskilda patienter mellan vårdenheterna eller nationella utbildningar. Den kan också visa på hur tillsyn och uppföljning ska åstadkommas. Här kan val göras mellan en mer proaktiv respektive mer reaktiv tillsyn, såväl som en bredare, mer resonerande och stödjande granskning alternativt en avgränsad uppföljning baserad på följsamhet till vissa måttal, kanske även kopplad till belöningar och sanktioner. Om den sistnämnda lösningen väljs, finns det dock som diskuterats stor anledning att vara mycket restriktiv med att föreslå införandet av nya uppföljningsvariabler. Helst bör nog möjligheten att utnyttja existerande måttal undersökas. Att utveckla existerande infrastruktur så att önskad data kan utvinnas utan att det nödvändigtvis tar mer tid och resurser i anspråk kan också vara en framkomlig väg.

Här väcks även frågan hur hårdkopplad och avgränsad uppföljningen av ett styrinitiativ bör vara. Mycket av den traditionella uppföljningen tar sin utgångspunkt i fördefinierade målspecifikationer och resultatindikatorer. Sedan jämförs de uppnådda resultaten med vad som föresattes ”från början”. En snäv uppföljning av enskilda förändringsinitiativ motiveras ofta av att de ansvariga projektledarna, tjänstemännen eller politikerna i sin tur har krav på sig att visa vart pengarna i specifika satsningar gått. Utifrån ett mångstyrihetsperspektiv ger en sådan ansats dock en alltför kringstrukten bild av vilka skeenden som påverkar implementeringens utfall. Om uppföljning organiseras enbart som en granskning av följsamhet till enskilda styrinitiativ så uppstår vanligen de problem med konformitet – att själva mätandet formar verksamheter oberoende av deras uppgift – som vi tidigare diskuterat. Ett alternativ till hierarkiskt specificerade uppföljningskriterier är att krav ställs från central nivå på att de lokala verksamheterna själva måste ta fram relevanta mått på den utvecklings- eller förändringsprocess som åsyftas. Argumentet är att ansvaret för kontroll på operativ nivå bör läggas på dem som är mest betjänta av att ta del av sådan kontroll, och att detta behov är störst inte hos dem som styr på distans, utan hos dem som utför vården.

Utifrån insikten att sjukvårdens praktik har att beakta och balansera flera olika former av styrning, så finns därför möjligheten att tillsyn på central nivå skulle kunna utformas annorlunda. Man skulle kunna tänka sig en tillsyn som har ett mycket bredare uppdrag än dagens fokus på efterlevnad till specifika regelverk, och utredning av enskilda incidenter. En tillsyn grundad i praktikens situation skulle inte bara granska följsamhet till extern styrning, utan också vidsynt granska hur väl situationsanpassade överväganden och balanseringar utförs (Helgesson & Kjellberg, 2008).

Om styrningens ansvarsfördelning

Resonemanget som har förts här kan även tänkas få implikationer på strukturnivå, inte bara vad gäller innehållet i och genomförandet av olika styrinitiativ, utan för hur man ser på ansvarsfördelningen och behovet av koordinering mellan olika styrande aktörer. Vad innebär det exempelvis för de olika statliga myndigheternas roller inom hälso- och sjukvården? Ett sätt att betrakta den mångfaldiga styrningen är att se den som just ett uttryck för att det finns flera sinsemellan svårförenliga värden som inte desto mindre samtidigt måste beaktas. Styrning som utgår från myndigheter och andra aktörer, såsom exempelvis professionella organisationer, framstår med ett sådant synsätt som bärare av delvis olika värden.

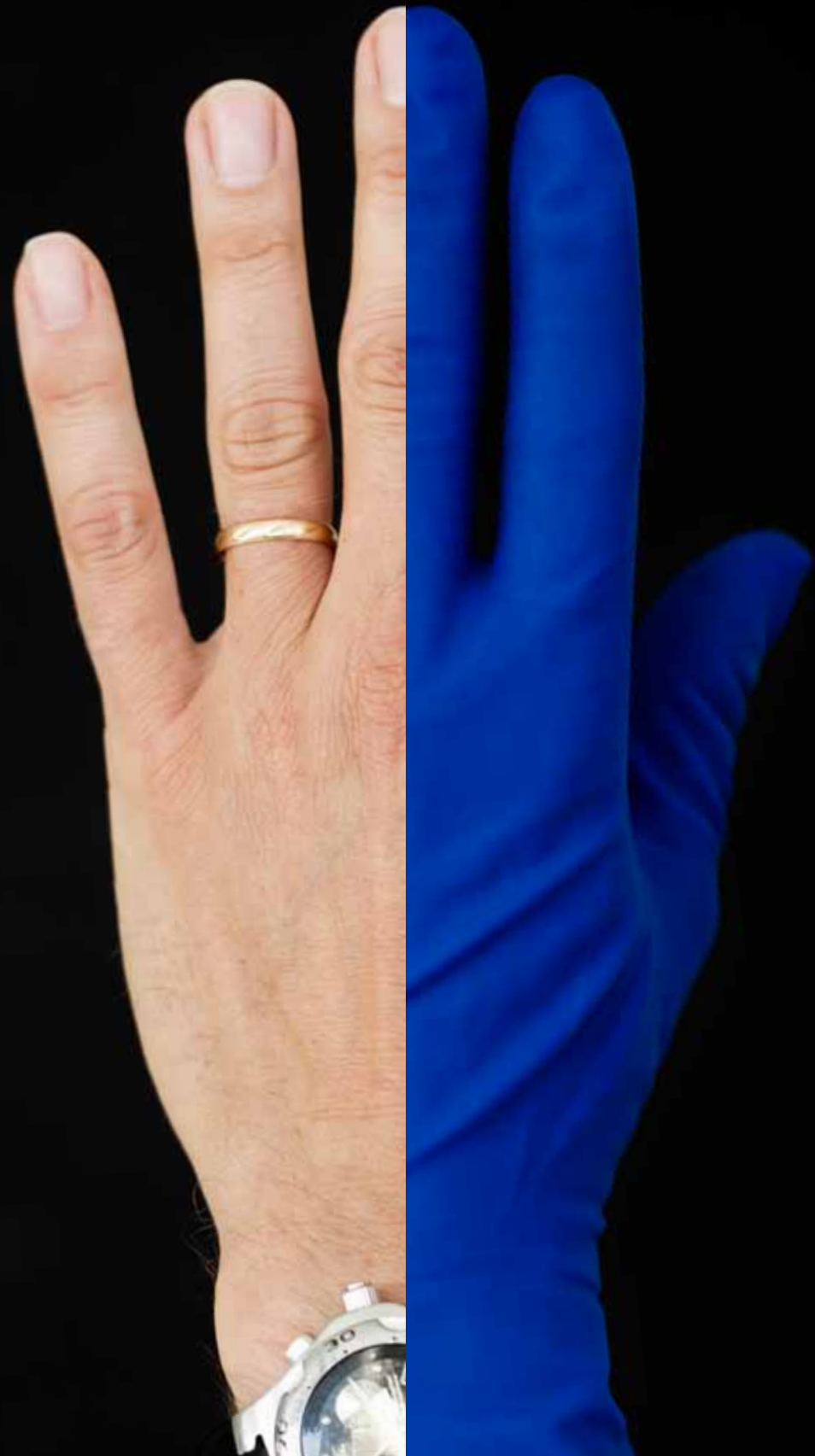
Förekomsten av flera aktörer som var och en är inbegripna i vårdens styrning skapar inte bara samordningsproblem. Det möjliggör också att flera olika värden samtidigt värnas och att flera olika kunskapsunderlag tas fram och används. Det som ibland kan framstå som en bristande samordning mellan olika myndigheter eller mellan myndigheter och andra intressenter, kan därför i stället ses som ett uttryck för att flera värden behöver värnas samtidigt. Detta resonemang leder inte till att all form av bristande samordning i den centralt utformade styrningen ska ses som något av godo. Det betyder däremot att diskussioner om exempelvis hur den statliga myndighetsstrukturen kan förenklas och samordnas, bör ge akt på de fall där det finns goda skäl att bibehålla en flerfaldighet i styrningen. Frågor kring styrningens räckvidd, när det är lämpligt och inte att aggregera styrningen till regional och nationell nivå, och vilka beslutsmandat som ska finnas lokalt måste finnas med i diskussionen.

En implikation av ovanstående resonemang är slutligen att styraktörer på central nivå kan ha en viktig uppgift att stödja en utveckling inom sjukvården som stärker verksamheternas förmåga att självständigt hantera den mångfaldiga styrningen. Det handlar om att ge utrymme för, och stöd till verksamheterna att använda sig av den praktiska visdomen (Schwartz & Sharpe, 2010), både vad gäller professionella medicinska bedömningar, och när det gäller hantering av modeller för styrning och ledning. En vidsynt tillsyn skulle kunna vara en komponent i ett sådant stöd.

En annan form skulle vara ökade ansträngningar att utveckla och sprida kunskap om hur konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet skapar värden bland annat genom att just avväga och balansera inverkan från olika former av styrning. Behovet av sådan kunskap lär dessutom öka i kraft med de utmaningar som sjukvården står inför och där graden av motstridig styrning (och motstridiga, men i sig goda, värden) snarare kommer att öka än minska under kommande decennier.

Referenser

- Anell, Anders. 2010. Värden i vården - en ESCO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.
- Bal, Roland och Femke Mastbom. 2007. Engaging with Technologies in Practice: Travelling the Northwest Passage. *Science as Culture*, vol 16(3): 253-266.
- Barrett, Susan M. 2004. Implementation Studies: Time for a Revival? Personal Reflections on 20 years of Implementation Studies. *Public Administration*, vol 82(2): 249-262.
- Berg, Marc. 1997. Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bergman, Mats. 2013. Upphandling och kundval av välfärdstjänster - en teoribakgrund. Rapport inom Uppdrag Välfärd. Stockholm: Entreprenörskapsforum/FORES/Leading Health Care.
- Blomberg, Jesper och Rolf A. Lundin. 2009. Ledarskap i projekt. I: Ledarskapsboken, Jönsson, Sten och Lars Strannegård (red). Malmö: Liber, 158-183.
- Blangren, Maria och Kerstin Sahlin-Andersson. 2004. Ledning på distans: att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Bohlin, Ingemar och Morten Sager (red). 2011. Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv förlag.
- Brunsson, Nils. 1989. The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions, and Actions in Organizations. Chichester: John Wiley & Sons.
- Carlsson, Sune. 1951/91. Executive Behavior. Reprinted with contributions by Henry Mintzberg and Rosemary Stewart. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Fayol, Henri. 1916/50. Industriell och allmän administration. Stockholm: Ljus.
- Garpenby, Peter. 2010. Perspektiv på implementering. I: Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård, Nilsen, Per (red). Lund: Studentlitteratur, 27-49.
- Helgesson, Claes-Fredrik och Hans Kjellberg. 2008. Om marknader och marknadsprocesser. I SOU 2008:37, Vårdval i Sverige.
- Hofstede, Geert. 1981. Management Control in Public and Not-For-Profit Activities. *Accounting, Organization and Society*, vol 6(3): 193-211.
- Hood, Christopher. 1991. The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organization and Society*, vol 20(2-3): 93-109.
- Jönsson, Sten och Lars Strannegård (red). 2009. Ledarskapsboken. Malmö: Liber.
- Leavitt, Harold. 1996. The Old Days, Hot Groups, and Managers' Lib. *Administrative Science Quarterly*, vol 40(2): 288-300.
- Lind, Rolf. 1998. Organisatoriskt ledningsarbete. I: Ledning av företag och förvaltningar, Lind, Rolf och Göran Arvidsson. Stockholm: SNS Förlag, 19-56.
- Lindblom, Charles. 1959. The Science of "Muddling Through". *Public Administration Review*, vol 19(2): 79-88.
- March, James G. 1994. A Primer on Decision Making - How Decisions Happen. New York: Free Press.
- March, James G och Johan P Olsen. 1976. Ambiguity and choice in organizations. Bergen: Universitetsforlaget.
- Markussen, Randi och Finn Olesen. 2007. Rhetorical Authority in STS: Reflections on a Study of IT Implementation at a Hospital Ward. *Science as Culture*, vol 16(3): 267-279.
- Matland, Richard. 1995. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research & Theory*, vol 5(2): 145-74.
- Meyer, John W. och Brian Rowan. 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, vol 83(2): 340-363.
- Mintzberg, H. 1991. Managerial Work: Forty Years Later. I: Executive Behavior. Reprinted with contributions by Henry Mintzberg and Rosemary Stewart, Carlsson, Sune (red). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Modig, Niklas och Pär Åhlström. 2011. Vad är lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet. Stockholm: SSE Institute for Research.
- Nilsen, Per, Roback, Kerstin och Barbro Krevers. 2010. Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall - ett ramverk. I: Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård, Nilsen, Per (red). Lund: Studentlitteratur, 71-87.
- O'Toole, Laurence J. Jr. 2000. Research on Policy Implementation: Assessments and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*. JPART 10(2): 263-288.
- Power, Michael. 1997. The Audit Society: Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press.
- Rombach, Björn. 1991. Det går inte att styra med mål! En bok om varför den offentliga sektorns organisation inte kan målstyras. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlin-Andersson, Kerstin. 2006. Transparensens former. I: Strävan efter Transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk, C. Levay och C. Waks (red). Stockholm: SNS förlag, 19-50.
- Schwartz, Barry och Kenneth Sharpe. 2010. Practical Wisdom. The Right Way to Do the Right Thing. New York: Riverhead Books.
- Socialstyrelsen. 2012. Om implementering. ISBN 978-91-87169-37-3.
- SOU 2013:12. Goda affärer - en strategi för hållbar offentlig upphandling. Slutbetänkande av Upphandlingsutredningen 2010.
- Statskontoret. 2007. Vård, skola och omsorg - vilken information behöver brukaren för att välja? Rapport nr. 2007:19.
- Tyrstrup, Mats. 1993. Företagsledares arbete. En longitudinell studie av arbetet i en företagsledning. Stockholm: EFI vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Vedung, Evert. 1998. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur.
- Walshe, Kieran och Thomas G. Rundall. 2001. Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, vol 79(3): 429-457.
- Zuiderentherak, Teun. 2007. Preventing Implementation: Exploring Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as Culture*, vol 16(3): 311-329.
- Ögård, M. 2000. New Public Management. Markedet som redningsplanke? I: H. Det kommunale laboratorium, H. Baldersheim och L. Rose (red). Bergen: Fagbokforlaget.



Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisation, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- *Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.*
- *En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.*
- *Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.*
- *En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven extern granskare med kompetens på området.*
- *En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.*
- *Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.*

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

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

Anell, Anders och Anna H Glenngård: *Vad gör primärvården göra för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta vårdcentraler i region Skåne, samt implikationer för kommuner och landsting*. LHC Report Nr 10 2012.

Thoresson, Karin: *När samverkan brister: Patientnämndsdata som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 9 2012.

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

Lee, Francis: *Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturoversikter*. LHC Report Nr 7 2012.

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

Hagbjer, Eva: *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. LHC Report Nr 5 2012.

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

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra*. LHC Report Nr 3 2012.

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

Debraporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1 2012.

Debraporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De "mest sjuka äldre": Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldrevården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer.* LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancer vården – bröstcancerprocessen.* LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket mer. Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value.* Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: *Heart Center Varde.* Undervisningscase.

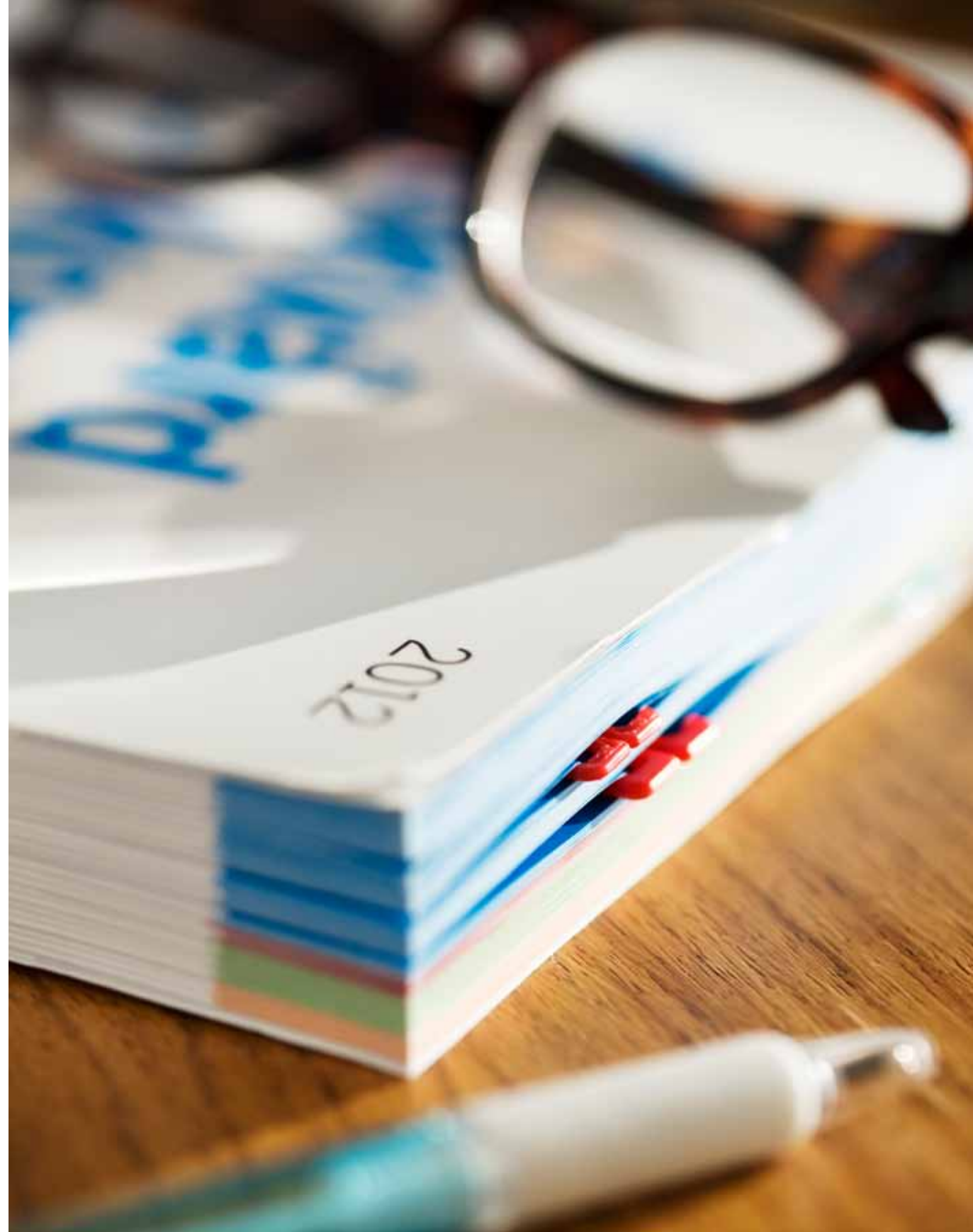
Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång.* Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Helgesson, Claes-Fredrik och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om.* Stockholm: IFL och EFI.



Utgiven av Leading Health Care
Grafisk form: Cecilia Kusoffsky
Foto: Björn Tesch fotograferade stilleben/miljöbilder
Nicklas Gustafsson fotograferade intervjuade personer
Alexander Donka fotograferade Ulf Lockowandt
Tryck: Modintryckoffset, 2013





I den här boken kan du ta del av erfarenheterna från 13 centrala ledargestalter i svensk hälso- och sjukvård. Deras erfarenheter möter beskrivningarna från forskare som specialiserat sig på ledning och styrning i komplexa system. I debatter om utmaningarna för framtiden fokuseras ofta på enskildheter – en del av ett ersättningsystem, en förenklad version av var styrningen kommer från (såsom New Public Management), eller vem som driver en enskild verksamhet.

Tankesmedjan Leading Health Care formulerar istället frågan: hur skapar vi värde för patienter/brukare/medborgare/medarbetare tillsammans? Här spejar vi åt flera olika håll för att upptäcka förutsättningarna för ett gott ledarskap i en miljö där en mångfald av styrmedel sammantaget ska tillfredsställa flera olika goda värden.

