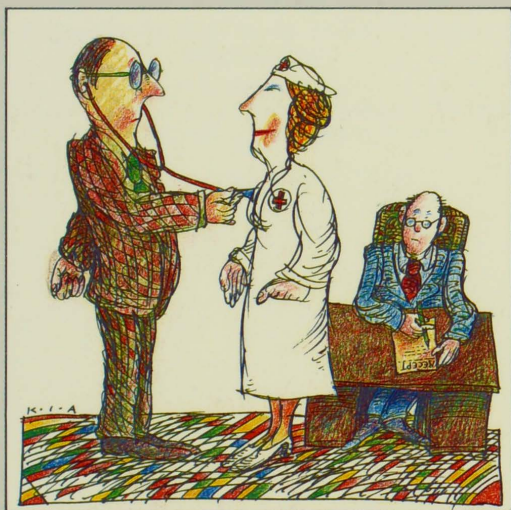


STUDIER & DEBATT

Företagsledares **RECEPT** för sjukvården



Ragnar Beyer, Stig Larsson, Melker Schörling,
Marcus Storch

med kommentarer av

Henrik Almkvist, Leni Björklund, Douglas Skalin,
Björn Tengroth och Claes Örtendahl

Göran Arvidsson (red)

SN
FÖRLAG

Företagsledares
RECEPT
för sjukvården

Ragnar Beyer, Stig Larsson, Melker Schörling,
Marcus Storch

med kommentarer av

Henrik Almkvist, Leni Björklund, Douglas Skalin,
Björn Tengroth och Claes Örtendahl

Göran Arvidsson (red)

SNS FÖRLAG
Sköldungagatan 2
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-23 25 20

SNS Studieförbundet Näringsliv och Samhälle

Center for Business and Policy Studies

SNS vill sprida kunskap om ekonomiska och sociala förhållanden samt vara ett obundet forum för öppet utbyte av idéer i ekonomiska och sociala frågor mellan personer i näringsliv, politik och offentlig förvaltning, intresseorganisationer, medier, universitet och högskolor.

SNS verkar genom forskning och utredningar, bokutgivning, seminarier och konferenser samt möten i lokala grupper i Sverige och utlandet. Verksamheten finansieras genom medlemsavgifter, företagsabonnemang, forskningsanslag, uppdragsarvoden och bokförsäljning.

SNS är fristående i förhållande till politiska partier och intressegrupper, men har nära kontakt med universitet och högskolor samt motsvarande forskningsorganisationer i andra länder.

SNS grundades 1948 som en oberoende sammanslutning av personer i näringslivet med intresse för samhällsfrågor. Organisationen har för närvarande 4 000 individuella medlemmar i 42 lokalgrupper (varav 8 i utlandet) samt ca 140 företagsabonnenter, däribland svenska börsbolag och banker, utlandsägda och kooperativa företag samt statliga företag och myndigheter.

Företagsledares recept för sjukvården

Göran Arvidsson (red)

1:a upplagan

1:a tryckningen

© 1990 Författarna och SNS Förlag

Omslag: Nyebølle Grafisk Form AB / Teckning: Kjell Ivan Andersson

Tryck: Kristianstads Boktryckeri AB 1990

ISBN 91-7150-381-1

Innehåll

Utgivarens förord 5

Recept mot vårdkrisen 7

Göran Arvidsson

Husesyn i hälso- och sjukvården 15

Douglas Skalin

AB Svenskt Sjukvårdssystem – ett totalgrepp 24

Marcus Storch

Sjukvårdens främsta problem: för många huvudmän 32

Björn Tengroth

Många orsaker till sjukvårdens problem 39

Leni Björklund

Från sjukhusdirektörens horisont 48

Ragnar Beyer

Klinikresurser måste bygga på resultat eller prestation 62

Melker Schörling

Patientorientering viktig del i helt paket av åtgärder 69

Stig Larsson

Också primärvården har mått för att klara prestationslön 75

Henrik Almkvist

Glöm inte bort det längre perspektivet 84

Claes Örtendahl

Deltagarförteckning 95

I serien *Studier & Debatt* har tidigare utkommit

Jörgen Westerståhl & Folke Johansson
Svensk kärnkraft efter Tjernobyl. En undersökning av expertåsikter, massmedier och folkopinion. 1987

Gunnar Hambræus
Strövtåg i högteknikens lustgård. 1988

Eskil Ekstedt & Roger Henning
Statsmakt på mellanhand. Globalisering och lokal mobilisering. 1988

Olof Bolin, Ewa Rabinowicz , Niels von Zweigbergk
Åkerfällan – Energiskog ingen lösning. 1988

Scott Fosler
Ålderschocken – exemplet USA. 1989

Gunnar Hambræus
Gott sätt vid styrelsebordet. 1989.

Jan Wallander
Effektivitet, legitimitet och delägarskap. 1989.

Nils Elvander / Rolf Gustavsson
EG – Integration och suveränitet. 1989

Utgivarens förord

Den svenska hälso- och sjukvården är ett gigantiskt centralplanerat ekonomiskt och administrativt system, där politiker, experter och intressenter värnar om olika bitar. Vårdens utveckling styrs inte av mötet mellan läkare/sköterska och patient. Istället måste önskemål om förändringar kanaliseras via politiska partier, allmänna val, politiska beslut i regering, riksdag, landsting och kommunfullmäktige, därpå följande förvaltningsbeslut i riks försäkringsverket, försäkringskassorna, socialstyrelsen, landstingen, sjukvårdsregionerna etc. och slutligen genomförande via t.ex. landstingsråd och sjukhusdirektörer. Det säger sig självt att anpassningen av utbud och efterfrågan blir bristfällig, och att förslag till genomgripande förändringar kan blockeras av intressen på olika nivåer. Den överblick och det totalansvar för finansiering, styrning och resultat, som är nödvändiga inom privata koncerner, saknas inom vårdsektorn. ”The devil is in the details” – och detaljerna finns det många som slår vakt om.

Vad skulle då svenska företagsledare göra om de fick ett totalansvar för den svenska hälso- och sjukvården? Och vad skulle sjukvårds-Sverige tycka därom? Några svar ges i den här skriften, som bygger på diskussioner vid ett SNS-seminarium i augusti 1989. I seminariet deltog en grupp företagsledare och en rad ledande företrädare för den svenska hälso- och sjukvården.

Diskussionerna syftade främst till att ge idéer för SNS forskning, men de blev så intressanta att vi beslöt ge dem en vidare spridning. Seminarieledaren, docent Göran Arvidsson, SNS, och redaktör Åke Appelgren sökte därför under hösten upp ett urval av deltagarna – företagsledare, sjuk-

vårdsadministratörer och läkare – och bad dem utveckla sina tankar. Samtalen skrevs ut och redigerades i artikelform av Åke Appelgren. Den slutliga redigeringen av skriften har gjorts av Göran Arvidsson, men självfallet svarar varje medverkande för sitt eget bidrag.

Det är SNS förhoppning att de idéer som förs fram skall bidra till sökandet efter nya lösningar på sjukvårdens problem. Eftersom resonemangen är principiella och inte tekniska bör de vara intressanta att ta del av för alla som intresserar sig för den svenska hälso- och sjukvårdens framtid.

Stockholm i april 1990

Hans Tson Söderström
VD i SNS

Recept mot vårdkrisen

Göran Arvidsson

- För samman hälso- och sjukvården med närliggande delar av bl.a. socialförsäkring och rehabilitering och se till att helheten blir effektiv!
- Skilj organisatoriskt på konsument- och producentrollerna!
- Tillsätt professionella, icke politikerdominerade styrelser för sjukvårdsdistrikt och sjukhus!
- Ställ större krav på sjukvårdens chefer – och ge dem större befogenheter!
- Inför belöningssystem för personalen!

Det är några av de recept som skrivs ut av företagsledarna i den här skriften. De gör det mot bakgrund av sina personliga erfarenheter och en hel dag av diskussioner med sjukvårdsexperter: politiker, sjukvårdschefer, läkare, ekonomer. Diskussionerna ägde rum vid ett SNS-seminarium på temat "Ett företagsledningsperspektiv på sjukvården", som hölls i slutet av augusti 1989. Deltagarlistan finns i slutet av skriften.

Företagsledarnas uppgift är att lyfta fram vad de som professionella företagsledare i första hand skulle ta itu med om de fick ett motsvarande ansvar för hela sjukvårdssystemet, ett sjukhus eller ett primärvårdsområde. Några djupare analyser har det inte funnits utrymme för, inte heller för detaljerade åtgärdsprogram. Det handlar om färdriktningar snarare än noggranna vägbeskrivningar.

Företagsledarnas resonemang har alltså växt fram efter diskussion med företrädare för sjukvården. Det faller sig naturligt att även några av de senare kommer till tals i skriften. Vi bad två personer på central nivå – cheferna för socialstyrel-

sen och Spri – samt en sjukhusläkare och en primärvårdsläkare att reflektera över de frågor som togs upp på seminariet. Till en del kommenterar de vad som sades vid seminariet, till en del presenterar de sina egna recept. Två av de skriftliga diskussionsunderlagen vid seminariet återges också. Tillsammans ger inläggen både utgångspunkter och stimulans för arbete med mer konkreta åtgärdsprogram.

Några fakta om sjukvården

För den läsare som inte är så insatt i sjukvården kan följande uppgifter göra det lättare att följa resonemangen.

1. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”.
2. Den helt dominerande delen av hälso- och sjukvården sköts av landstingen. Vården kan indelas i primärvård (vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, mödra- och barnavårdscentraler, de flesta lokala sjukhem m.m.), länssjukvård (somatisk (dvs. kropps-)sjukvård vid läns-sjukhus och länsdelssjukhus, psykiatrisk vård m.m.) och regionsjukvård (specialiserade regionsjukhus som drivs i samarbete mellan landstingen i landets sex regioner). Här-till kommer tandvården som ju sköts av både landstingen och privattandläkare.
3. Hälso- och sjukvården kostar – i rena vårdutgifter – ungefär 90 miljarder kronor, dvs. drygt 10 000 kronor per invånare. Sjukvårdens resurser har i reala termer ökat med ett par procent per år under 1980-talet. Andelen av BNP har under hela decenniet legat kring 9 procent. (Det är ungefär samma nivå som i Västtyskland, Frankrike och Nederländerna. USA ligger ett par procentenheter högre; Storbritannien och övriga nordiska länder lägre.)
4. Närmare en halv miljon människor arbetar inom hälso- och sjukvården. Det är ungefär 11 procent av sysselsättningen i Sverige. Var tredje offentliganställd arbetar inom detta område. Av de 23 000 yrkesverksamma läkarna arbetar 15 000 i läns- och regionsjukvård, drygt 4 000 i pri-

märvård, 2 000 i privat vård och drygt 1 000 i företagshälsövård.

5. De allt fler äldre i Sverige medför en ökad belastning på sjukvården. Enbart de demografiska förändringarna innebär att kostnaderna – allt annat lika – beräknas öka med 0,5–1 procent per år en bit in på 2000-talet.
6. Sjukpenningen beräknas kosta ungefär 38 miljarder kronor år 1990. Det innebär en fördubbling sedan 1985 (i löpande priser).
7. Arbetskadeförsäkringens kostnader har ökat extremt snabbt. Utgifterna i arbetskadefonden var 1980 drygt 1 miljard kronor. 1988 var de 7 miljarder kronor. Beräkningen för 1989 är 9 miljarder kronor. Riksförsäkringsverket angav 1988 i en prognos för 1992/93 intervallet 14–17 miljarder kronor.
8. Varje år förtidspensioneras ungefär 50 000 personer. 1988 fanns 352 000 förtidspensionärer; 1980 291 000. Kostnaderna (folkpension och ATP) beräknas bli ca 25 miljarder kronor budgetåret 1990/91. 1980 var de ungefär 10 miljarder kronor. Allt i löpande priser.

Varför företagsledningsperspektiv?

Sjukvårdsdebatten är livlig inom den politiska sfären liksom givetvis inom sjukvårdssystemet. Ofta kan det vara fruktbärande att föra in idéer och erfarenheter från andra områden. Inom SNS fanns övertygelsen att ett antal framstående företagsledare skulle kunna berika debatten, förutsatt att de inte ombads bara "tycka rätt ut i luften". De borde få en koncentrerad läges- och problembeskrivning och de borde ges tillfälle att utveckla och pröva sina idéer tillsammans med personer som kunde verksamheten "inifrån".

Deras förslag skulle presenteras som de åtgärder de skulle vilja vidta om de själva fick chefsansvaret. Syftet med detta var dubbelt.

För det första skulle företagsledarnas åtgärdsförslag kunna ge direkta uppslag till de närvarande "systemföreträdarna". Vilka förslagen skulle bli hade vi naturligtvis ingen klar förhandsuppfattning om – inte heller om huruvida sjukvårdsfö-

reträdarna skulle komma att utnyttja idéerna i verkligheten.

För det andra skulle företagsledarna ges tillfälle att för de övriga deltagarna visa sin arbetsmetodik, hur de under tidspress tar till sig information om och analyser av en verksamhet och omsätter kunskapen till riktlinjer för handling. Detta andra syfte bedömdes som väl så viktigt som det första. Det sägs ju att offentliga organisationer är bra på utredning och analys, medan företag är bra på handling. Om det är så att sjukvårdens problem är väl kända men att ändå inget händer kanske ett simulerat företagsledargrepp på sjukvården kan bidra till att utlösa handling.

Sjukvårdens tre nivåer

I korthet kan sjukvårdens problem och möjligheter sägas ligga på tre nivåer: Huvudmannanivån, ledningsnivån och fältnivån.

På *fältnivån* handlar det om "mötet med patienten", om personalens arbetsinsatser, om vårdens kvalitet, om yrkesskicklighet, hängivenhet, men också om kostnadsmedvetande, arbetstakt och serviceanda. Det är arbetet på fältet som avgör om patienten blir botad, får god omvårdnad, blir tröstad – allt efter behov i det enskilda fallet. Hur detta arbete konkret skall bedrivas är en professionell medicinsk fråga som en företagsledare i sjukvården knappast kan eller ens behöver vara specialist på.

På *ledningsnivån* ligger ansvaret för att det skall fungera på fältnivån. Det är ledningens sak att se till att arbetsbetingelserna är goda, att det finns kompetent personal, att den är motiverad för arbetet, att det finns lämpliga lokaler och arbetsredskap, en fungerande arbetsorganisation, informationssystem . . . Varje krona förbrukad på ledningsnivån måste ge större utbyte för vården än den skulle gjort om den lagts direkt i fältverksamheten. Annars är ledningen inte effektiv. Till detta kommer alla de osynliga kostnader en dålig ledning för med sig i form av dåliga arbetsbetingelser i fältverksamheten. Omvänt kan en skicklig ledning uträtta underverk med sin personal och övriga resurser. Här ligger utmaningen för sjukvårdens chefer. Här borde företagsledare från

näringslivet kunna ha erfarenheter att förmedla – men också en del att lära från de bästa cheferna i sjukvården.

Det är ändå på *huvudmannanivån* som det yttersta ansvaret ligger. Det är här som strukturen utformas. Med en struktur som omöjliggör rationella helhetslösningar, som ger felaktiga incitament, som förbjuder förnuftiga lokala beslut om resursanvändning, personalsammansättning, arbetstider, arbetsformer osv. kan slutresultatet för patienten och samhället aldrig bli bra – oavsett heroiska insatser på fältet. Det är på huvudmannanivån det ankommer att utforma strategier och strukturer som gör att den operativa ledningen har förutsättningar för att med sin personal åstadkomma det bästa möjliga för dem man är till för.

I svensk hälso- och sjukvård utgörs huvudmannanivån av politiskt valda församlingar. De har till sin tjänst centralt placerade chefstjänstemän och staber. Många impulser till huvudmannanivån kommer direkt från medborgarna, men många kommer också i dialogen med de operativt ansvariga – i budgetarbete och andra sammanhang. Företagsledare tränade i att anlägga koncernperspektiv och vana vid omstruktureringar borde kunna ha en del att tillföra en diskussion om möjliga strukturförändringar i hälso- och sjukvården – även om mål och ägandeförhållanden är annorlunda än i näringslivet.

Skriftens uppläggning och innehåll i stort

Mot den nu redovisade bakgrunden presenteras i det följande en rad förslag till åtgärder på i första hand huvudmanna- och ledningsnivåerna.

I det första avsnittet ger Landstingsförbundets utredningschef *Douglas Skalin* en lägesbeskrivning. Han redovisar fakta om sjukvården och fokuserar sedan på frågan om avvägningen offentligt – privat. Han argumenterar för att sjukvården bör bedrivas i offentlig regi men pekar också på områden där det finns utrymme för privata företag, t.ex. inom olika stödverksamheter.

I nästa bidrag pläderar AGAs koncernchef och SNS styrelseordförande *Marcus Storch* för en radikal strukturuomvand-

ling. Sjukvård, sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspensionering, m.m. bör föras samman till ett "AB Svenskt Sjukvårdssystem" med gemensam ledning men starkt decentraliserad verksamhet. Suboptimeringar i dagens system elimineras. Det operativa ansvaret för sjukhus och andra producerande enheter läggs på professionella styrelser och verkställande chefer som får tydligare roller. Chefer på alla nivåer ges ökade befogenheter samtidigt som kraven på dem skärps. Personalen ges tydligare incitament.

Läkaren och sjukhuschefen *Björn Tengroth* argumenterar efter liknande linjer. Han pläderar bl.a. för att en instans, t.ex. försäkringskassan, skall bekosta både sjukskrivning, förtidspensionering, läkarvård och sjukhusvistelser. Han hävdar också att det inte skulle finnas några köer i sjukvården om man hade prestationslöner.

Spri-chefen och förra sjukvårdslandstingsrådet *Leni Björklund* anser tvärtom att kritiken mot sjukvården inte bottenar i att det föreligger ett systemfel. Hon söker förklaringarna efter flera linjer: ambitionshöjande medicinsk utveckling, allt fler vårdkrävande äldre personer, allt högre förvärvsfrekvens hos kvinnorna. Hon diskuterar politikernas roll och hävdar att det är svårt att skilja på beställar- och producentrollerna om man inte får bättre uppföljningssystem. Vidare understryker hon ledarskapets betydelse och behovet av stimulans till all personal. Som ett särskilt viktigt problem lyfter hon fram arbetskraftsförsörjningen. Där efterlyses en seriös diskussion mellan sjukvård och näringsliv.

Efter dessa resonemang på övergripande systemnivå förskjuts perspektivet mot den operativa ledningsnivån. Sommaren 1989 hade *Ragnar Beyer* efter tre år just lämnat sin tjänst som sjukhusdirektör för Akademiska sjukhuset i Uppsala. Dessförinnan hade han bl.a. varit vice VD i Alfa-Laval. Han beskriver i sitt bidrag hur han med sin bakgrund tog sig an sin uppgift och berättar om sina erfarenheter. (Bidraget skrevs sommaren 1989 och åtskilligt har hänt sedan dess. Vi har ändå valt att ta med bidraget i ursprungligt skick.)

Melker Schörling är koncernchef och VD för Securitas, ett företag med 15 000 medarbetare och en omsättning på drygt

3 miljarder kronor, dvs. ungefär som det största sjukvårdsområdet i Stockholms län. Han pläderar för stark decentralisering i kombination med prestationsrelaterad ersättning till kliniker och andra enheter. Större öppenhet för att engagera entreprenörer och intraprenörer bör visas. Han reflekterar över hur styrelser och chefer bör utses. Det personliga initiativet bör värdesättas och uppmuntras mer än idag.

Stig Larsson har som SJ-chef med bakgrund i bl.a. Ericssonkoncernen andra erfarenheter, men kommer också han fram till att kliniker bara borde få ersättning för utfört arbete. Hans väg till den slutsatsen går via en kraftfull argumentering för ökad patientorientering i hela sjukvården.

Det fjärde bidraget som tar upp frågor på ledningsnivå kommer från *Henrik Almkvist*, chefsläkare vid Sydöstra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting. Han går direkt på incitamentsfrågorna. Han understryker betydelsen av resultatmätning och belöningar och anser att prestationsersättning kan användas även inom primärvården med dess i hög grad svårämata prestationer. Han argumenterar för mer interdebitering av interna tjänster och förbrukningsmaterial men tror inte på idén att vårdcentralerna skall beställa och betala för t.ex. operationer och vårdtid på akutsjukhusen. Till sist reflekterar han över rollfördelningen mellan politikerna och läkarna.

I det avslutande bidraget höjs blicken igen. Socialstyrelsens generaldirektör *Claes Örtendahl* erbjuds möjligheten att recensera företagsledarnas argumentation.

Han konstaterar att deras intresse nästan enbart gäller sjukvårdens insatser för dem i arbetsför ålder och påminner om de unga och gamla och vad sjukvården behöver göra för dem. Olika sjukvårdsstrategier behövs för de tre åldersgrupperna. Han påminner också om de för hela samhället mycket resurskrävande grupperna av missbrukare, handikappade, psykiskt sjuka m.fl. Han vill lägga ett samlat befolkningsansvar hos primärvården och vill ytterligare prioritera förebyggande arbete framför kurerande. Han är öppen för strukturförändringar men avvisar "kommersialisering" och varnar för att införa renodlade företagsmodeller i den kvalificerade

sjukvården. Men när det gäller vikten av att ha bra chefer och incitamentssystem – då håller han med.

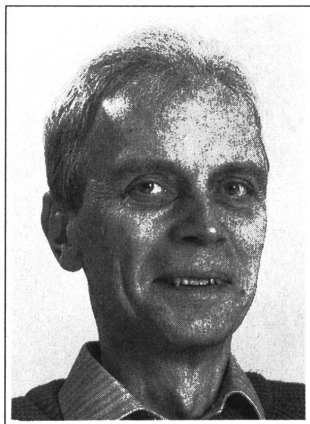
Naturligtvis kan mer – och annat – utläsas ur de följande bidragen. Att det finns mycket att göra framgår tydligt – speciellt som stor enighet tycks råda i åtskilliga avseenden. Under den tid som arbetet pågått med den här skriften (hösten 1989 – ”vintern” 1990) har det dessutom börjat röra sig inom sjukvården. Mycket mer återstår dock att göra – inte minst för att få råd med att införa ny, dyr teknik, att hålla vårdkvaliteten uppe och att ta hand om de allt fler riktigt gamla patienterna. Sjuk- och hälsovård, rehabilitering, försäkringssystem m.m. måste reformeras så att utslagning ur arbetskraften motverkas och så att tidigare utslagna personer kan återgå i arbete. Dessutom är det ett långt steg från idé till verklighet. Om den här skriften verkar inspirerande och handlingsutlösande på läsare, som i någon egenskap kan påverka sjukvården, är ambitionen nådd.

Göran Arvidsson är docent i företagsekonomi och forskningsledare vid SNS. Han har varit huvudsekreterare i Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) och revisionsdirektör i RRV.

Husesyn i hälso- och sjukvården

Douglas Skalin

är utredningschef i Landstingsförbundet och chefredaktör för Landstings-Världen



Hälso- och sjukvård och näringsliv är ömsesidigt beroende av varandra på många olika sätt. Sjukvården bidrar till människors trygghet och hälsa, välbefinnande, aktivitet och arbetsförmåga. Näringslivet skapar ekonomiska förutsättningar för vården och försörjer den med olika varor och tjänster. Ju bättre vård och näringsliv fungerar och samspelar, desto godare förutsättningar för en positiv utveckling av välfärden.

Detta grundläggande förhållande inses av de flesta men kommer sällan till uttryck i den nuvarande samhällsdebatten som domineras av diskussionen om motsättningarna mellan offentlig och privat verksamhet. Även om frågorna är ideologiskt intressanta finns goda skäl att i ett mer närliggande perspektiv diskutera en utvecklad samverkan utan långtgående systemskiften. Avgörande blir då i stället hur man kan fördjupa och vidga en samverkan som gagnar både näringsliv och sjukvård.

Med en sådan utgångspunkt ges i det följande en kort be-

skrivning av hälso- och sjukvården, dess utveckling och resurser. Ett försök har också gjorts att peka på några krav på verksamheten i dagens läge och framöver liksom på nödvändiga förändringar.

Ett "radhus" fyllt av aktivitet

Om landstingens byggnader hade formen av ett radhus skulle det sträcka sig från Malmö till Umeå. Låt oss gå husesyn i denna märkliga byggnad.

Ungefär 100 000 patienter får vård dygnet runt. Under ett år görs 50 miljoner besök hos läkare, sjuksköterskor och andra. Omkring 100 000 börjar respektive avslutar sitt liv där årligen.

I radhuslängan träffas människor som vårdade och vårdare i känsliga möten där det viktigaste i livet står på spel. Det handlar inte "bara" om vår fysiska hälsa utan också om vårt värde som människor. Vårdens organisation avgör i hög grad om, hur och när vi möts, liksom vad resultatet blir.

I Sverige har vi valt att organisera vården på demokratins grund. Inslagen av konkurrens och marknadslösningar har starkt begränsats. Förebilden är mer familjegemenskap än industriell produktion. En orsak är att vårdens kvalitet ytterst avgörs av hur väl olika åtgärder motsvarar människors unika behov och problem. Det handlar då i hög grad om att förstå och göra sig förstådd.

Ett viktigt krav på den offentliga hälso- och sjukvården är att den ska vara rättvis och utjämna skillnader mellan friska och sjuka, unga och gamla, män och kvinnor, kort- och långtidsutbildade, rika och fattiga.

Kommuner och landsting har skapats för den verksamhet som ligger närmast människorna och där kraven på insyn, påverkan och delaktighet är särskilt stora. Syftet är att på demokratins och solidaritetens grund bidra till rättvisa och jämlikhet i levnadsvillkor med särskilt ansvar för utsatta grupper som barn, sjuka, gamla och handikappade. Däremot ska kommuner och landsting enligt kommunallagen inte ägna sig åt affärsverksamhet, dvs. inte driva verksamhet i vinstsyfte. Denna lagfästa inriktning av kommunal verksamhet har

på senare år förbigåtts i den allmänna debattens diskussion om konkurrens mellan privat och offentlig verksamhet.

Hälso- och sjukvårdslagen liksom regeringsformen och kommunallagen kodifierar en människosyn som innebär att varje människa har ett lika stort värde. Med denna grund syftar sjukvården till att fördela och anpassa sina tjänster efter människors unika behov.

Med utländska förebilder och under trycket av en hårdnande landstingsekonomi har under 1980-talet i olika sammanhang framförts förslag som går i en annan riktning. Den humanistiska grunden har i den diskussionen ersatts med en samhällsekonomisk eller hälsoekonomisk. I olika exempel har man visat att en snabb tillgång till viss effektiv medicinsk teknologi också är hälsoekonomiskt lönsam för vissa grupper av individer. De många gånger väl genomarbetade studierna kan leda till slutsatsen att dessa grupper bör ges förtur till den erforderliga behandlingen. Det kan också från teoretiska utgångspunkter hävdas att en sådan turordning inte drabbar någon om samhällets besparingar genom t.ex. minskad sjukskrivning är större än kostnaden för ingreppet.

I klartext innebär sådana ekonomiskt grundade tankegångar ofta att hälso- och sjukvården ska acceptera marknadsmässiga värderingar av olika människor och att principen om en vård på lika villkor överges. I sin förlängning medför ett sådant ekonomiskt synsätt att unga ska gå före gamla, förvärvsarbetande före arbetslösa, högavlönade före lågavlönade, män före kvinnor etc. Avgörande blir nämligen i hög grad den alternativa kostnad som t.ex. sjukskrivning och förtidspensionering innebär.

Det sagda innebär självklart inte vare sig formellt eller reellt att landstingen behöver driva all hälso- och sjukvård. Däremot måste landstingen ha kraft att vara en garant för att rättvisekraven hålls levande och att kompletterande privat vård drivs enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. En i egentlig ekonomisk mening konkurrerande vårdverksamhet är däremot svärförenlig med landstingens ansvar och uppgifter.

Av stort värde är däremot att det finns kompletterande

privat verksamhet. En sådan verksamhet kan öka människors valfrihet och stimulera utveckling och effektivitet i positiv mening liksom en fördelaktig småskalighet. Utvecklingen har också visat på en öppenhet för sådana lösningar oberoende av politisk majoritet i det enskilda landstinget.

Decentralisering och omstrukturering

Hälso- och sjukvården har alltmer blivit en fråga för landstingen genom att uppgifter förts över från primärkommuner och staten. En betydande decentralisering har också genomförts från staten till landstingen och inom dessa till mindre enheter.

Kraven på hälso- och sjukvården har ökat snabbt genom de förbättrade möjligheterna att hjälpa allt fler äldre allt bättre. En snabb utbyggnad har också skett av vårdens resurser. Under 80-talet har det reala tillskottet legat på ett par procent per år.

Den aktuella utvecklingen karakteriseras av en mycket snabb omstrukturering. Vårdplatser och medelvårdtider reduceras snabbt medan intagningar, undersökningar och behandlingar ökar. Allt mer av insatserna sker i öppen vård. De mål som statsmakterna satt upp för omstruktureringen och som gäller år 2000 kommer med nuvarande förändringstakt att nås i början av 90-talet.

De helt dominerande problemen i ett längre perspektiv gäller omvårdnaden av de allt fler mycket gamla där möjligheterna att ersätta mänskliga insatser med tekniska är begränsade. Inom akutvården ger den snabba kunskapsutvecklingen betydande omställningsproblem när nya värdefulla undersöknings- och behandlingsmöjligheter ska omsättas i praktisk vård.

På personalsidan finns dels "konjunkturproblem" i fråga om den korttidsutbildade arbetskraften, dels strukturproblem genom att kunskapsutvecklingen medför behov av förskjutningar mot ett allt större inslag av välutbildad personal.

Valfrihet och prioriteringar

Kraven på rättvisa, information och delaktighet är traditionellt mycket stora när det gäller den offentliga vården. Det finns ett starkt stöd hos befolkningen för att man ska få lika bra vård oavsett ålder, inkomst, kön och nationalitet. Samtidigt vill man ha en ökad valfrihet när det gäller att bestämma vårdgivare. Knappt hälften av befolkningen (46 procent) ser inte heller någon konflikt i detta så att en ökad valfrihet skulle äventyra rättvisan i vården.

Utvecklingen i landstingen går mot ett slopande av olika fasta upptagningsområden och därmed mot en ökad valfrihet för patienterna att välja vårdgivare. Patienternas val av vårdgivare får också ökad betydelse för fördelningen av landstingens resurser.

Nio av tio svenskar (89 procent) tycker inte att det skulle vara rättvist om man på landstingens sjukhus kunde köpa sig förtur i en operationskö för t.ex. starr. Däremot tycker två av tre att det är rätt att man kan köpa sig samma operation snabbare på ett privat sjukhus. Den bakomliggande tanken är då rimligen att det i det senare fallet handlar om ett nettotillskott av insatser och att det därför inte drabbar någon annan. På kort sikt kan det vara en sanning med modifikation.

Svenska folket tycker det är viktigt med rättvisa i den offentliga vården men vad man egentligen menar med "rättvisa" är inte så klart. Högst på önskelistan vid ökade resurser står högspecialiserad vård för t.ex. njurtransplantationer, höftledsoperationer och hjärtinfarktsvård. Två av tre (64 procent) vill prioritera sådana insatser.

En nästan lika stor andel (56 procent) vill satsa på ökade insatser för allmänna hälsokontroller som kan förebygga framtida sjukdom. I den andra änden på prioriteringslistan hittar vi den psykiatriska vården, AIDS-vården och vård av senildementa. Det är bara omkring en tredjedel som vill satsa mer på dessa vårdområden i en prioriteringssituation.

Man vågar kanske påstå att allmänhetens prioriteringar mer stämmer med hur politikerna faktiskt handlar och mindre med deklARATIONER i valtider och partiprogram.

Internationellt perspektiv

Både svenska och utländska erfarenheter visar att kraven på rättvisa i hälso- och sjukvården är utomordentligt stora och omfattas av många. Trots en intensiv debatt om en ökad privatisering under 80-talet i hela västvärlden är det ytterst marginella förändringar som skett även i länder som USA och Storbritannien. Inte minst utvecklingen i det senare landet visar att möjligheterna är starkt begränsade för helt privata sjukhus. Chansen ligger främst i avgränsade nischer eller i samverkan med den offentliga vården. Möjligheterna är något större utanför sjukhusen men även där är beroendet stort av en samverkan med den offentliga vården. Främst gäller detta naturligtvis finansieringen.

I ett internationellt perspektiv brukar det framhållas att Sverige satsar mest på sjukvården och har den dyraste sjukhusvården med flest vårdplatser. Tar man hänsyn till befolkningens åldersstruktur så ligger USA och Kanada i en klass för sig medan Sverige, Frankrike och Västtyskland ligger på ungefär samma och en betydligt lägre nivå. I botten ligger Storbritannien med bara hälften av kostnaderna i Sverige, Frankrike och Västtyskland.

Olika undersökningar visar att hälso- och sjukvårdskostnaderna är starkt relaterade till den totala ekonomiska aktiviteten i ett land. Ju bättre man lever, desto mer sätter man av för hälso- och sjukvård. Däremot finns inga klara samband med graden av offentlig respektive privat vård. Särskilt betänksamt är att länder som är ledande när det gäller att utveckla kostnads- och kvalitetskontroll tycks ha störst problem att kontrollera kostnaderna.

”Marknadsutsikterna” för hälso- och sjukvård har under 80-talet varit lysande. Olika undersökningar i hela västvärlden visar att människor önskar mer och bättre vård. Ett uttryck för detta är att man även efterfrågar behandlingar utan bevisad effekt. Detta gäller både inom och utom den traditionella hälso- och sjukvården. En snabbt växande alternativmedicin och kosmetisk kirurgi är uttryck för detta. Tillspetsat kan man säga att vi har ett ”sjukligt” intresse för hälsan och en övertro på t.ex. föryngringskurer och ”stärkande” mediciner.

I en vidare mening är möjligheterna att hjälpa olika patienter avsevärt större än vad resurserna räcker till. Oavsett hur vården drivs och finansieras krävs en prioritering. I ett internationellt perspektiv kan man konstatera att avgränsningen av den allmänna hälso- och sjukvården kan avse dels mindre resurskrävande eller angelägna behov där individen själv får stå för kostnaden, dels insatser i fråga om omvårdnad där alternativet är insatser av anhöriga. Inom omvårdnadsområdet finns särskilda problem med ekonomiska incitament därför att patienterna själva har svårt att hävda sina intressen och kvaliteterna i omvårdnaden är svåra att mäta på ett entydigt sätt. Härtill kommer de svåra selektionsproblemen genom att patienternas vårdbehov varierar så starkt.

Teknik och service

Det egentliga vårdarbetets betydelse och speciella karaktär döljer ofta att så mycket annat pågår. Finns det t.ex. någon hotell- och restaurangkedja som i storlek kan mäta sig med landstingens?

Landstingen svarar t.ex. för att

- 100 000 patienter får tre mål mat om dagen
- 20 miljoner kvadratmeter golv städas
- 100 000 ton tvättas
- förbrukningsartiklar och läkemedel inköps, lagras och distribueras för 14 miljoner om dagen.

I landstingens radhuslänga finns också utrustning för 20 miljarder kronor; bl.a. 2 000 röntgenanläggningar.

Inom hela detta väldiga serviceområde finns ett viktigt samspel med näringslivet, där gränserna inte är och inte bör vara givna en gång för alla.

Ska varje "vårdkrona" komma till bästa användning för patienterna måste ständigt verksamhet i egen regi ställas mot olika entreprenader eller direkt köp av tjänster. Omvänt bör landstingen fortlöpande analysera kompletterande marknader för den egna tjänsteproduktionen. Kan skolbyggnader användas för annan utbildning? Badanläggningar även för

rekreation av friska? Maten också gå till skolan eller industrin?

Möjligheterna till jämförelser med likartad verksamhet i både privat och offentlig regi bör väga tungt vid den fortsatta utvecklingen av organisation och redovisningssystem. Ett viktigt inslag bör också vara att stärka ledningsfunktionen inom verksamheten och betona servicerollen gentemot det direkta vårdarbetet.

Möjligheter till besparingar?

Finns det då stora pengar att spara genom att låta radhuset bli ett mer "öppet" hus?

Svaret är förmodligen nej av det enkla skälet att det finns så stora standardskillnader mellan privat och offentlig verksamhet. Långvårdspatienten med sina tunga behov kostar i dag inte mer än den friske hotellgästen. Än mer anmärkningsvärt är kanske att hotellgästens frukost förmodligen kostar mer än alla måltider sjukhuspatienten får under ett dygn. Notan för all mat (inklusive kaffe och dryck) under ett sjukhusdygn ligger nämligen på ca 75 kronor per person.

Motivet för det öppna radhuset bör således inte vara besparingar. I stället finns skäl att tro att nya generationer patienter kommer att kräva en ökad valfrihet. Detta kommer ovillkorligen att kosta mer, vilket väl illustreras av många privata sjukhus i USA.

Finns det då möjligheter att lösa finansieringsproblemen med differentierade avgifter vid olika service inom sjukvården på i princip samma sätt som inom det internationella flyget?

"Vill man t.ex. ha annan eller bättre mat och dryck så får man betala merkostnaden. Förmodligen skulle många acceptera en sådan ordning. Samtidigt är nog området för sådana lösningar starkt begränsat. Man riskerar snabbt en situation där 'dom framför skynket' hamnar där därför att någon annan betalar. En bred majoritet säger också säkert nej till att man ska kunna köpa sig ett enkelrum samtidigt som någon annan patient bättre skulle behöva förmånen."

Det här skrev jag i en ledare i "Landstings-Världen" hö-

ten 1988. Därefter har vi låtit SCB fråga ett representativt urval av befolkningen i s.k. förvärvsaktiv ålder hur de ser på några av de här frågorna.

Vi vet alltså nu att nio av tio (91 procent) inte tycker att man på landstingens sjukhus ska kunna få ett enkelrum om man betalar extra för det om det samtidigt är så fullt att en del patienter ligger i korridoren. Även i en mer normal situation utan överbeläggningar är det sju av tio som inte tycker att man på landstingens sjukhus ska kunna få ett enkelrum om man betalar extra. Så långt stämmer alltså undersökningen med mina antaganden. Däremot var det för mig förvånande att tre av fyra (75 procent) inte godtar att man kan få bättre mat om man betalar extra på landstingens sjukhus.

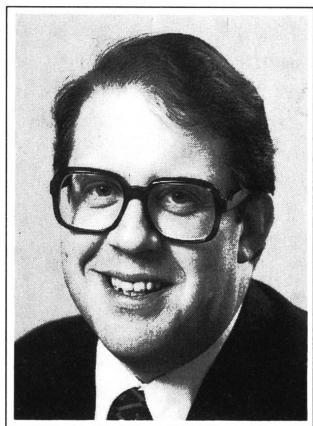
Den viktigaste vägen till ökad reell valfrihet är att höja standarden i vården så att alla får en möjlighet att välja. De ökade kostnaderna måste — då som nu — i allt väsentligt finansieras solidariskt med en optimal fördelning mellan privat och offentligt huvudmannaskap. Det förutsätter ett vidgat växelspel och en öppen attityd till förändringar i traditionella roller.

Vidgat samspel

Sammanfattningsvis finns mycket som talar för ett vidgat samspel mellan hälso- och sjukvården och näringslivet. Några dramatiska förändringar i förutsättningarna för en sådan samverkan är knappast troliga under 90-talet. Det direkta vårdarbetet kommer även framöver att domineras av den offentliga vården och vara solidariskt finansierad.

En fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvården är trolig med en klar inriktning på att höja dess kvalitet och skapa en ökad valfrihet för den enskilde. Kraven på ökad effektivitet kommer att bestå och bidra till en ökad öppenhet för en samverkan med näringslivet. Ändå är det troligt att i ett lite längre perspektiv så är det inte kostnaderna utan kraven på ökad valfrihet och höjd standard som ger de största öppningarna för en intensifierad samverkan.

AB Svenskt Sjukvårdssystem – ett totalgrepp



Marcus Storch

är koncernchef och VD i AGA och ordförande i bl.a. Samhalls styrelse. Han är också styrelseordförande i SNS

Huvudproblemet med den svenska sjukvården är att det saknas en helhetssyn – ett systemperspektiv. Trots alla goda insatser som görs innebär felaktiga strukturer stora välfärdsförluster. De uppstår inte minst därför att sjukvården inte på något vettigt sätt är samordnad med naturligen sammanhörande verksamheter som socialförsäkringar, rehabilitering och arbetsmarknadspolitik.

Min uppfattning är att det behövs ett totalgrepp, kalla det gärna en koncernfilosofi. Men för att en sådan ska få någon verkan måste det finnas en koncernorganisation att arbeta genom. För att utmana dem som har ansvaret för koncernpolitiken, ska jag skissa på en radikalt annorlunda struktur än dagens.

De följande tankegångarna, idéerna och förslagen till att stuva om inom vår sjukvård och i delar av vårt sociala omhändertagande kan vara chockerande. Men läget har utvecklat sig i en så kritisk riktning att det fordras en total omstöpning. Det räcker inte med enstaka effektiviseringsinsatser.

Tar hand om en femtedel av BNP

Innan jag i det följande utvecklar min skiss till det allomfattande AB Svenskt Sjukvårdssystem, som får inte mindre än 200 miljarder kronor per år att röra sig med, närmare en femtedel av BNP, måste jag dock foga in en brasklapp. Jag tror egentligen inte att AB Svenskt Sjukvårdssystem är genomförbart fullt ut. Det beror inte på att jag känner tveksamhet i fråga om idéns bärkraft utan på att man naturligtvis måste räkna med kompromisser. Ett vet jag dock säkert – åt det håll mina skisser pekar måste vi helt enkelt gå.

Men först ett exempel på ett område där resurser försvinner i det närmaste okontrollerat till enorma kostnader, nämligen vårt system för förtidspensionering.

Över hälften av en årskull förtidspensioneras

Sedan ett tjugotal år förtidspensionerar vårt land ett ständigt stigande antal människor. Nu går varje år runt 54 000 personer över från yrkesarbete till förtidspension. Eftersom en årskull består av omkring 90 000 personer utgör de 54 000 inte mindre än runt 60 procent – betydligt mer än hälften. Totalantalet förtidspensionerade är i dag uppe i mellan 350 000 och 400 000!

Eftersom vi på det här området är högst rationella, i varje fall i fråga om den administrativa delen, finns det en speciell blankett kallad 58:3 – siffrorna står för levnadsåldern 58 år och 3 månader, den magiska gränsen för förtidspensionering. Med blankettens hjälp och ett penndrag flyttar vi geschwint och utan närmare eftertanke ständigt växande skaror ut i improduktivitet. Samtidigt får vi en snyggare arbetslöshetsstatistik och lägre sjukfrånvarotal – en förtidspensionerad kan ju inte vara arbetslös och inte heller sjukfrånvarande.

Hela tillväxten till förtidspensioner

Låt oss sedan titta på pengasidan. Eller rättare sagt andelen av den samlade lönemassan. För tjugو år sedan tog arbets-skadorna, de långtidssjukskrivna och de förtidspensionerade i anspråk knappa 5 procent av denna. Vid den tidpunkten satsades 3–4 procent på att behålla folk i produktionen, för-

hindra att de blev förtidspensionerade. Det skedde och sker allttjämt genom skyddade verkstäder, lönebidrag, arbets-hjälpmedel och liknande. Den här typen av insatser har ökat högst beskedligt och ligger idag vid 5 procent, medan insatserna till framför allt de förtidspensionerade har ökat till inte mindre än drygt 15 procent av lönemassan. Och de senaste åren med raketfart!

På sex år har vi nämligen fört över 10 procent av vårt löneutrymme till kategorin förtidspensionerade. Och då är det inte för djärvt att påstå att i reala termer har hela den möjliga standardförbättringen gått till detta. Med detta för ögonen förvånar det inte att en svensk industriarbetare efter skatt i fast penningvärde idag har i stort sett samma lön som han hade för ett tjugotal år sedan.

Det är enorma pengar. Hela tillväxten! Jag ber läsaren hålla detta i minne när jag strax argumenterar för den fusion som leder till bildandet av 200-miljardföretaget AB Svenskt Sjukvårdssystem. Kom också ihåg vad jag sade i början: snedfördelningen i resursanvändningen gör att ett nytt system *tvingar* sig fram.

Hälso- och sjukvård + sjukförsäkring + delar av socialtjänsten + . . .

Och nu till AB Svenskt Sjukvårdssystem med 200 friska miljarder i kassan varje nytt verksamhetsår. Beloppet får bolaget genom att ta sjukvårdens hela andel av BNP. Det är 9 procent. Vi tar också över specialistutbildningen och forskningen inom området plus – naturligtvis – de pengar som satsas på dessa grenar. Delar av socialförsäkringssystemet liksom delar av socialtjänsten med åtföljande pengar går också in i AB Svenskt Sjukvårdssystem liksom självfallet den viktiga rehabiliteringen.

Totalt blir intäkterna omkring 18 procent av BNP. Det är det nya bolagets intäktssida. Till plussidan hör också – och det är en av finesserna – möjligheterna att samordna alla dessa olika grenar.

Bäst kanske idén med den nya organisationen framgår om man understryker det helhetsgrepp som kan tas på ohälsa hos

människor. Ett exempel. Vi har mannen med den utslitna höftleden. Han får i nuvarande system vänta i ett par år på operation – sjukskriven. Han vantrivs. Säkert är att han lider. Han kostar försäkringskassan pengar. Samhället mister skatteintäkter. Företaget missar hans arbetsinsatser. Det blir minus 300 000–400 000 kronor per år. Och det kostar kanske futtiga 35 000 kronor att få honom återställd. En sådan brist på samordning skulle vara omöjlig i det nya systemet. Totalansvaret skulle ligga på *ett* ställe. Ledningen skulle se till att sådana uppenbara brister i samordning inte förekom.

Detta helhetsgrepp gäller också arbetshandikappade och dem som vi nu lättvindigt och många gånger helt i onödan skickar ut i förtidspension utan att ordentligt pröva rehabiliterande och arbetsstödjande åtgärder. Den del som insatsmässigt praktiskt taget stått stilla, medan alltmera fått gå till förtidspensionerna.

Tidigare operation ger friska pengar

Jag ska än en gång använda mig av mannen med den utslitna höftleden för att exemplifiera en av kärnpunkterna i det nya AB Svenskt Sjukvårdssystem. När vi sett till att han blir opererad i rimlig tid kan vi – eller samhället – jämfört med nu kassera in en vinst på låt säga 500 000 kronor. De pengarna – och många andra liknande poster som t.ex. när vi kan rehabilitera folk som annars skulle gått in i improduktiv förtidspensionering – kan vi använda för olika ändamål. Rationaliseringar, bättre service, bättre kvalitet, bättre personalpolitik, bättre rehabilitering, incitament för personalen, mera förebyggande åtgärder osv. Det vi med denna samordning sparar in plöjer vi alltså ned i verksamheten till allmänhetens bästa.

I samhällets ägo

Och hur ska det här nu styras?

Först ägarskapet. AB Svenskt Sjukvårdssystem förblir med stor sannolikhet i samhällets ägo, precis som sjukvården och övriga delar som förs över till bolaget är idag. Det betyder att det är politikerna som formulerar målen för verksamheten. Sedan politikerna utsett styrelsen och vissa kontrollorgan –

är det dock slut med politikernas dominans.

I styrelsen ska nämligen politikerna ha mindre än hälften av platserna, kanske en tredjedel. I så fall kunde man tänka sig att operativa chefer skulle besätta en tredjedel av platserna och professionella den sista tredjedelen.

Den verkställande ledningen måste vara noga skild från politikerna-målformulerarna-ägarna. Här tar jag mönstret direkt från den privata företagssektorn. Den verkställande direktören ska se till att han har sin styrelses förtroende. Så länge han har det är det han som sköter företaget mot de mål ägarna formulerat. Hans situation är med andra ord väsensskild från den situation en stackars sjukvårdsdirektör har i dag. Denna har knappast ens de befogenheter en kamrer i ett privat företag har. Han får ett antal boxar med ett antal kronor, som han sedan ska portionera ut enligt ett noggrant fastställt schema. Han har vidare liten om ens någon påverkan på vilka som ska bli chefer för de kliniker som är basorganisationer i hans fögderi.

I den tänkta organisationen måste naturligtvis ingå någon enhet för revision, också från medicinsk och social synpunkt.

Hur illa det är ställt framgick av en liten undersökning jag gjorde när jag en gång föreläste för klinikcheferna vid ett av våra större sjukhus. Mycket få visste t.ex. vem som var sjukhusets chef. Knappast någon hade träffat sjukhusdirektören i samband med att de hade utsetts till klinikchefer. Det gav mig en känsla av fullständigt vakuum mellan ledning och underställda chefer.

Renodla rollerna!

Åter till den tänkta nya organisationen. Med den vinner vi att den röra av oförenliga roller som präglar det nuvarande systemet försvinner. Politikerna företräder idag samhället som ägare. De är dessutom verkställare – operatörer – och detta ofta in i minsta finstilta detalj. Och vad mera är – de anser sig också representera patienterna-kunderna.

AB Svenskt Sjukvårdssystem kommer att få en renodlad verkställarroll för att nå de mål som politikerna ställt upp och med de totalresurser de gett. Det är också viktigt att renodla

beställar- och utförarfunktionerna *inom* AB Svenskt Sjukvårdssystem. Vissa enheter kan uppträda som beställare och andra som leverantörer. Exempelvis kan en försäkringsdivision på patientens vägnar köpa sjukvårdstjänster från lämpligt sjukhus. Härigenom byggs det in i systemet att även någon annan än producenten bevakar kostnader och kostnadsutveckling.

Det är den ram medarbetarna har att arbeta inom och den bör ge möjlighet till smidiga lösningar, bl.a. att välja underleverantörer av olika tjänster där detta är förmånligt, att föra över medel till sådana sektorer som ger bäst utbyte. I släptåg bör en sådan organisation också borga för en bättre motivation bland de anställda.

Decentralisering självklar

Naturligtvis kan det resas invändningar mot den nya modellen, bl.a. på grund av företagets storlek. Men på den punkten hyser jag inte farhågor. Som i så många andra stora företag kommer decentralisering in som något naturnödvändigt. Man får tänka sig regionala enheter med stor självständighet där de olika sektorerna – förebyggande, sjukvårdande, rehabiliterande, arbetsprövande – kuggar in i varandras verksamheter. Som t.ex. försäkringskassan som köpare av en tjänst och sjukhuset som leverantör. Som i fallet med mannen med den utslitna höftleden. Eller när det gäller att skaffa ett fysiskt lindrigare jobb för den som fått ryggen skadad och där sjukvården inte förmår mera.

Allt det här förutsätter naturligtvis ett fullgott informationssystem enheterna emellan. Alla ska veta vilka de optimala åtgärderna är. Jag tror inte att problemen här är större än dem man löser genom transportlogistik för mjölkcentralerna.

I det här sammanhanget vill jag betona att styrandet av sjukvården och sjukvårdens olika enheter i svårighetsgrad egentligen inte skiljer sig från ledningen av divisioner eller snarare produktgrupper inom företagsvärlden. Men sjukvården måste förändra inställningen till chefsskap på olika nivåer. Där måste finnas personer som har fallenhet för och är

proffs på att leda verksamhet. Detta betyder absolut ingen ensamrätt för läkare att vara klinikchefer eller liknande.

Bra kirurg befordras till dålig chef

Egentligen är läget idag ganska tragiskt. Om man är en skicklig kirurg eller en duktig vetenskapare med många avhandlingar publicerade i fackpress, är nästan den enda vägen till högre social status och bättre villkor att bli chef av något slag. Forskningen förlorar en god vetenskapare, sjukvården förlorar en god kirurg. Och en ytterligare negativ effekt: kliniken får oftast en olämplig chef, med alla de följder detta får för de underställda medarbetarna, för verksamheten och för patienterna. Speciellt för de patienter som hopar sig i köer därför att chefen inte kan driva verksamheten rationellt. Så kommer det inte att bli i AB Svenskt Sjukvårdssystem.

En lösning – det finns flera – är att den skicklige kirurgen som kanske är duktig på en viss typ av operationer får en tjänst som adjungerad professor. Han får turnera till andra sjukhus – kanske också universitetssjukhusen – och föra över sin skicklighet till andra. Han slipper lägga ner möda på en kanske ointressant doktorsavhandling för att bli klinikchef – ett jobb som någon annan skulle passa mycket bättre för – och dessutom mista en del av sin yrkesskicklighet, därför att möjligheterna att praktisera som yrkesman blir försvinnande få. I varje fall om han försöker ta chefskapet på allvar.

Varför inte mera status i att hjälpa fler?

Kanske blir de här uppfattningarna chockerande för en del läkare – som naturligtvis är själva fundamentet i vår sjukvård. Men som samhällsintresserad kan man inte upphöra att förvåna sig över en del inom sjukvårdsvärlden. Till exempel detta att det inte verkar ligga någon högre status i att rationalisera arbetet så att så många patienter som möjligt får hjälp. Själv tycker jag att detta borde rymma mycket mer tillfredsställelse och aktning från omvärlden än pliktskyldiga avhandlingar och liknande.

Hittills har jag inte nämnt begreppet incitament. Jag är övertygad om att för många inom sjukvården är möjligheten

att få hjälpa och patienternas och anhörigas tacksamhet en viktig sporre, kanske den viktigaste. Men naturligtvis måste det finnas incitament av mera materiellt slag. Ersättning för bra jobb och extrainsatser. Sådant måste det finnas plats för i morgondagens sjukvårdsorganisation. Och när den är realiserad får man väl hoppas att skattesystemet reformerats så att inte det mest rationella är att snabbast möjligt konvertera extra ersättningar till fritid, så som nu sker i många fall.

Varannan svensk pensioneras före 65

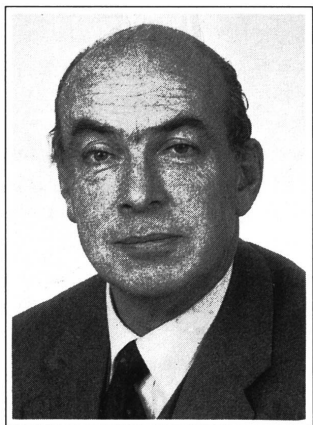
Till sist två saker.

Först återvänder jag till förtidspensionerna. Det jag framhållit är självfallet inte för att jag vill komma åt pensionärerna. Men, som jag hoppas har framgått, något måste göras åt den skrämmande utveckling vi är inne i. Och vi ska komma ihåg att många av de förtidspensionerade inte är några lyckliga människor. När den första frihetsperioden glidit över i meningslös tristess i avsaknad av arbetsgemenskap blir livet för många helgrått. Och många är de. Varannan svensk lämnar yrkeslivet före 65 års ålder. Redan en förändring av detta motiverar stora strukturförändringar.

För det andra menar jag att även drastiska förändringsförslag bör diskuteras. Det kan öppna sinnen för omprövning av det bestående. Som ordförande i styrelsen för SNS tycker jag det är rätt att bidra till debatt och omprövning. Det är därför jag lanserar den här skissade modellen där sjukvården förs samman med angränsande delar av socialtjänst och funktionsrehabilitering till ett sammanhållet system – en koncern. Hur koncernen mer i detalj ska se ut, styras, organiseras och finansieras måste naturligtvis diskuteras och prövas. Jag har nöjt mig med att ange en färdriktning. Även om man väl inte kan vänta sig att politikerna reser sig som en man och hurrar, kanske artikeln åtminstone kan locka fram dem att tala om i vilka stycken jag har fel.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Sjukvårdens främsta problem: för många huvudmän



Björn Tengroth

är professor och chef för S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm

Kris eller inte — nog gnisslar det betänkligt inom svensk sjukvård idag. För den som har sin verksamhet mitt inne i sjukvården står det ganska klart var huvudproblemet ligger: den olyckliga uppsplittringen på flera olika huvudmän.

I nuvarande system står landsting, kommuner och försäkringskassa för olika delar av de kostnader som sjukdomar för med sig. Och helt följdriktigt gläder man sig om man kan skyffla över kostnader på någon annan. Det finns bara ett botemedel mot detta systemfel, och om det är jag och några av de klinikchefskolleger jag diskuterat med helt överens: en enda huvudman.

I Västtyskland har försäkringskassan ett mycket stort inflytande över fördelningen av sjukvårdsresurserna. Ett sådant system innehåller väsentliga fördelar jämfört med det svenska. När samma instans bekostar både sjukskrivning/förtids-

penisonering och läkarvård och sjukhusvistelser innebär detta ett starkt incitament till snabb och verksam behandling. Årslånga sjukskrivningar i väntan på ett operativt ingrepp, som ska göra patienten arbetsför, kommer inte längre att accepteras.

Låt mig ta ett exempel, som det tyvärr finns tusentals motsvarigheter till i verkligheten. En femtioåring kommer in på vårdcentralen därför att han har ont i höften. Doktorn konstaterar att den av allt att döma är utsliten. Det blir sjukskrivning och remiss till ortopedén, som tre månader senare tittar på honom och – även han – konstaterar en dålig och utsliten höft. Fortsatt sjukskrivning och operation så snart som möjligt. Femton månader senare blir det operation. Men nu är det så att en man i femtioårsåldern, som gått sjukskriven i drygt ett och ett halvt år, aldrig går tillbaka till jobbet igen! Han blir förtidspensionerad.

50 000 kronors-operation kostar två miljoner

Med kringkostnader kan det här ha gått på bortemot ett par miljoner kronor. Mot det ska ställas de kanske 50 000 kronor som en operation dagarna efter första läkarbesöket skulle ha kostat. Med minskat lidande och fortsatt yrkesarbete som följd. Allt detta därför att samordning saknas.

Naturligtvis blir det inte lätt att genomföra en sådan här förändring, men det går – det visar det västtyska exemplet. Vad som är viktigt är rätt storlek på sjukvårdens upptagningsområden. De måste komma i harmoni med andra, sjukvården närstående, funktioner så att huvudmannaskapet för dessa kan samordnas på ett vettigt sätt. En given faktor i sammanhanget är att områdena måste vara så stora att de kan bära t.ex. ett väl fungerande sjukhus. Detta skulle kunna få sina resurser i form av ekonomisk ersättning från kommunernas primärvård.

I det sammanhanget vill jag anmäla en något avvikande mening när det gäller konkurrens sjukhus emellan, något som företagsledarna vid sjukvårdsseminariet verkade ställa sig bakom som en man. De är vana vid en lite annorlunda

bollplan att spela på, med inriktning på enhetliga och psykologiskt stillsamma produkter i form av varor.

Låt mig ta ett exempel från mitt fält. En gammal man som opererats för starr kan på ett sjukhus ligga inne fyra dagar, medan motsvarande patient kan lämna ett annat sjukhus nästan direkt. Det finns belagt att risken för att det ska gå illa ökar, om en åldrig patient måste läggas in på ett sjukhus.

Trots att man i Stockholm har samma förhållanden vad gäller patientklientelet så har den polikliniska operationsmetoden tagit åtskilliga år på sig för att tränga igenom vårdfilosofin på vissa av de andra sjukhusen. Konkurrensen är av liten betydelse!

Över huvud taget präglas sjukvården av att det i många avseenden inte finns någon absolut säkerhet om vilken av två eller flera metoder som är den bästa och vilken vårdtid som är den optimala. Vi har ju hela tiden med människor att göra, individer som är högst olika i fråga om reaktioner, både kroppsligt och psykiskt.

Ett ytterligare skäl och helt avgörande för min tveksamma inställning till konkurrens sjukhus emellan är att det är rent fysiskt omöjligt: det finns i huvuddelen av vårt land bara ett sjukhus inom rimligt avstånd.

Jämförelsemått ger konkurrensstimulans

Men det går ändå att genom konkurrens göra vissa delar av sjukhusvården effektivare. Speciellt när det gäller opererande enheter, kan mycket vara att vinna genom att införa det s.k. DRG-systemet. I ett sådant relateras insatser och kostnader till diagnosen (DRG = diagnosrelaterade grupper.) Detta ger möjlighet till goda jämförelser kliniker emellan och inom en och samma klinik i vilken riktning utvecklingen går. Med DRG kan man få fram inte bara den totala resursinsatsen för varje enskild patient utan man kan också se hur förbrukningen av delresurserna – eller delkostnaderna om man så vill – ser ut. Detta kan ge besked om var i apparaten någon går i otakt.

Vad beträffar min egen specialitet – ögonkirurgi – finns

det ett tiotal diagnoser som volymmässigt svarar för 99 procent av verksamheten. För samtliga dessa diagnoser skulle DRG-systemet passa utmärkt. Men jag tror inte att systemet passar för vissa delar av de medicinska specialiteterna och det är helt otänkbart för psykiatri och för långvården, båda två tunga poster inom sjukvården.

Detta med en långt gående specialisering som kan ge en säkrare och effektivare behandling, tror jag bestämt på. När det gäller ögonsjukvård har vi som bekant inom Stockholms läns landsting dragit konsekvenserna av detta genom att det i början av 1990 startats ett speciellt ögonsjukhus. Där går vi för övrigt vidare med specialiseringen så att vården indelas i fyra divisioner, var och en inriktad på sin bestämda del av ögat. Detta ger ökad produktivitet och dessutom större möjlighet att följa med i utvecklingen.

Kommunala vårdcentraler beställare hos sjukhus

Att göra boskillnad mellan beställare och producent är av grundläggande betydelse. En bra bit i den riktningen når man enligt modellen att de kommunala vårdcentralerna är beställare gentemot sjukhusen. Men – som jag tidigare framhållit – deras möjlighet att byta sjukhus, om de som beställare blir missbelåtna, är små med undantag av några storstadsregioner med flera sjukhus. Där finns också att ta hänsyn till invändningen att det kan vara tveksamt om man ska flytta åldriga patienter till främmande orter utan mycket speciella skäl.

Inga köer i sjukvården om prestationslön funnits

Vid sidan av det föreslagna systemskiftet anser jag att prestationsersättning är något nödvändigt för att öka produktivitet och effektivitet inom sjukvården. Jag är elak nog att anse att läkare inte skiljer sig från andra människor, när det gäller att bli påverkade av möjligheten till högre ersättning ju mer man arbetar. Jag går så långt som att påstå att om det idag hade funnits prestationsersättning inom sjukvården, skulle vi inte ha några köer. De skulle aldrig ha uppstått. Till saken hör

också att läkarna sedan lång tid tillbaka sett sin reallön minska kraftigt.

Ja, jag vet att detta låter krasst. Men ska man bota något sjukt får man inte dra sig för att blottlägga de verkliga problemen. Läkaren – och hans arbetsinsats – är ju det helt centrala i sjukvården. Övriga personalkategorier är kompletterande resurser och naturligtvis i sig viktiga.

Jag menar vidare att en högspecialiserad läkare som är chef för en enhet, låt oss säga en klinik, både lönemässigt och befogenhetsmässigt bör jämföras med en verkställande direktör för ett företag. Och jag tycker inte man ska stirra sig blind på den budget han råkar ha framför sig, kanske på 40 miljoner kronor per år. Man ska ta med i bedömningen den samhällsnytta han genom sin klinik utför. Visserligen är den svår att ange exakt, men kanske möjlig att uppskatta till flera hundra miljoner kronor. Sedan bör man ta med i vägningsen den omsorgsfulla gallring en läkare i chefsposition varit föremål för och där varje merit noggrant nagelfarits.

För att återvända till prestationslönerna. Även om jag betonat läkaren-chefens stora betydelse och läkarnas betydelse över huvud taget så menar jag givetvis inte att enbart läkarna skulle ha prestationslön. Det skulle inte gå.

Strömkantring i fråga om lönesystemen

Jag tror att det håller på att ske en strömkantring när det gäller prestationslöner inom sjukvården. Ett skäl – kanske det tyngsta – är att landstingens ekonomi försämrats så att det blivit viktigare än tidigare att pressa ut så mycket som möjligt ur varje krona. Ja, till och med tvingande.

Min mening när det gäller styrningen av sjukvården är att politikerna ska ha hand om de övergripande frågorna. De ska bestämma om fördelningen av pengar mellan sjukvård och andra grenar av samhällets verksamhet. För en sådan fördelning är det naturligtvis viktigt för dem att veta vad sjukvården kan åstadkomma och vad kostnaderna är. Men de ska inte bedöma vårdmetoder och medicinska prioriteringar, det saknar de – fullt naturligt – förutsättningar för.

Sedan de lagt ut sina ekonomiska ramar tar sjukvårdsstyrelser med professionell sammansättning över. En sådan styrelse bör bestå av personer med kunnande inom ekonomi, företagsverksamhet, juridik etc. och ha en VD – gärna en läkare – som är ansvarig inför styrelsen. En sådan styrelse skulle tillföra verksamheten sin samlade erfarenhet och man skulle t.ex. slippa tillfälliga detaljgripanden från politiker-nas sida, som nu förekommer alltför ofta.

Lobbyverksamhet kan snedfördela

Allt för mycket har styrts av politiker som påverkats av propagandamässigt duktiga företrädare för medicinska specialiteter eller patientorganisationer, inte sällan via massmedia. Sådan lobbyverksamhet kan få till följd att sjukvårdspengarna inte får en optimal fördelning på verksamhetsgrenar.

Det ska villigt erkännas att politikerna – omgivna av experter som drar åt var sitt håll – inte haft någon lätt uppgift att sälla ut agnarna från vetet. Ibland har administratörer uppträtt som ett slags filter mellan experterna och politikerna men eftersom administratörerna – bra nära naturnödvändigt – är benägna att i förväg känna av den politiska vindriktningen har deras insats sällan gett underlag för klokare beslut.

En professionell styrordning som här skisserats skulle kunna ge möjlighet till en snabbare anpassning till nya metoder inom medicinen. Samtidigt ger den en större kraft att mönstra ut förlegade metoder och föråldrad medicin-teknisk utrustning för att få ut full effekt. Läkarna bör också med den professionella styrelsens hjälp väga in vilken samhällsnytta en viss behandling ger, hela tiden under hänsynstagande till de humanitära faktorerna. Och läkaren tillförsäkras fullt ut det medicinska ansvaret.

Kontinuerlig utvärdering bör ges högre status

Naturligtvis måste man kontinuerligt utvärdera verksamheten och undersöka nyttan av olika medicinska åtgärder och även avväga denna mot de ekonomiska insatserna. Denna för

den praktiska sjukvården livsviktiga uppgift måste få bättre status än den har idag i förhållande till annan klinisk forskning. För detta behövs det medel, t.ex. från forskningsråd och medicinska fakulteter. På motsvarande sätt bör det startas en kontinuerlig utvärdering av sjukvårdens sociala effekter. Detta sagt bl.a. med hänvisning till den i ingressen förordade systemändringen i form av en gemensam huvudman för alla de samhällsinsatser som sjukdomar kräver.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Många orsaker till sjukvårdens problem

Leni Björklund

är VD för Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och tidigare sjukvårdslandstingsråd i Stockholms läns landsting.



Över hela den industrialiserade världen uttrycker man idag sitt missnöje med sjukvården. Den är för dyr. Den binder för mycket arbetskraft. Den är inte effektiv nog. Och detta klander finns där oberoende av vilket system man valt!

Något så komplicerat som hälso- och sjukvården har inte *en* faktor som förklarar alla problem. Enligt min mening är förklaringen inte någon form av systemfel. Nej, jag tror att man får söka förklaringarna efter flera linjer:

Sjukvården har medicinskt varit så framgångsrik att man numera kan uträtta mycket som tidigare var otänkbart och kan därmed höja livskvaliteten för allt fler människor. Något som naturligtvis inte kunnat ske utan ett betydande resurstillskott. Vi har vidare fått allt fler äldre som ju behöver mera vård än de yngre. Och – slutligen – vi lever i ett samhälle där kvinnorna i en helt annan omfattning än tidigare är ute i förvärvsarbete.

De som tidigare utförde ett oavlönat vårdarbete i hemmen

får nu betalt för sina insatser — många i vårddyrken, övriga på andra poster, i industrin och i administrationen. Kort sagt, det är till stor del genom kvinnornas insatser i vården som kvinnorna på olika håll i arbetslivet kan ställa sin arbetskraft till förfogande. Det är därför förbryllande hur i övrigt kloka människor är så benägna att göra boskillnad mellan samhällets vård och näringslivet i stort. Vården, så som den är ordnad idag, är ju en förutsättning för hög bemanning inom produktionen, särskilt i dessa tider med stor efterfrågan på arbetskraft. Och vi är helt beroende av att kvinnor medverkar i produktionen.

Släpp loss kvinnokraften

En mycket viktig fråga är sålunda hur man på ett bättre sätt ska kunna ta tillvara kvinnornas erfarenheter, deras sätt att tänka, deras förmåga att hålla flera bollar i luften när man gör ett jobb. Hur ska vårdarbetet organiseras med utgångspunkt från den stora majoriteten vårdanställdas speciella förutsättningar? Kvinnorna har inom vården fått anpassa sig allt för mycket i ett nära nog militäriskt hierarkiskt system. Jag tror att man kunde få loss mera kraft ur systemet, om man tillät att det kvinnliga sättet att jobba fick komma till uttryck. Bara en sådan sak som att det dröjde till för ett par år sedan, innan flexitid tilläts på sjukhusen. Vad det hela gäller är att sätta tilltro till att kvinnorna har omdöme att satsa sin energi på ett kostnadseffektivt sätt. Men då gäller det att bryta med de gamla regelverken.

Sedan till frågan om förhållandet producent-beställare inom sjukvården, den aktuella debattens stora modefråga.

I vårt land har vi valt att låta sjukvården vara medborgarstyrd, precis som skolan, barnomsorgen och äldreomsorgen. Det medger demokratisk insyn i verksamheten. Det innebär också en strävan till rättvisa. Det gäller prioriteringsfrågorna — hur vårdinsatserna ska fördelas. Vårt system ger möjlighet till en öppen debatt. På så sätt kommer den praxis som utvecklas inom vården att bli påverkad av medborgarnas uppfattning.

Vad jag nu sagt får inte uppfattas som att vi lugnt kan ägna

oss åt självnöjdhet med den arbetsfördelning vi har idag. Enbart detta att några så intensivt pläderar för ett särskiljande av rollen som beställare och rollen som producent pekar på att frågeställningen behöver analyseras. Det ska man alltid göra i ett offentligt system när debatt uppstår.

De flesta tycks vara överens om att det är samhällets och därmed politikernas sak att fylla beställarrollen. Politikernas sak, eftersom de blivit anförtrodda att disponera skattemedel för att fördela dem inom bestämda ramar på olika sektorer.

Finsnickrade ramar inget bra alternativ

Men ramar kan ju göras mer eller mindre detaljerade. Avstår man från möjligheten att följa upp verksamheten under resans gång finns frestelsen att istället finsnickra ramarna, detaljera in i minsta detalj. Och hur går det då med kreativiteten ute på världens arbetsplatser? Risken att hamna ur askan i elden är uppenbar.

Den hittills gängse uppfattningen har ju varit att de förtroendevalda bör ha möjlighet att följa verksamheten och inte ge oinskränkt fullmakt åt proffsen, hur proffsiga dessa än är.

Det finns flera skäl för en sådan uppfattning. Ett är följande: man kommer inte ifrån att medborgarna anser att de förtroendevalda som de själva valt och som de anförtrott sina skattepengar åt, är de ytterst ansvariga. För sjukvården i det här fallet. Av det följer bl.a. att medborgarna inte är sena att larma sina politiker när de tycker att något inte är som det borde. Politikerna har alltså inte bara att besluta om t.ex. hur mycket resurser som ska avsättas för ett visst bestämt vårdområde. De har också ansvar för utvecklingen, inte som förvaltare av ett givet system, utan som ett slags samhällsbyggare. Vilket betyder att också *hur* verksamheten ska bedrivas ibland kan bli föremål för politikernas beslut, eftersom sättet vården bedrivs på, i sig bär målet och idén. Hur ansvar och befogenheter ska preciseras kommer alltid att ha en gråzon och präglas av aktuella problemställningar. Men visst kan det göras tydligare.

Bra mått ett måste för sjukvården

Vad som är mycket viktigt är att vården kan redovisa vad den åstadkommer så att omvärlden inklusive de politiskt valda – och personalen själv – kan avläsa resultatet av ansträngningarna och de resurser man fått att förfoga över. Den möjligheten att avläsa har vi ännu inte, men på flera håll arbetar man med att söka åstadkomma detta.

Så länge denna okunskap, denna brist på uppföljningssystem råder är det svårt att se hur man ska kunna gå vidare med att särskilja beställar- och producentrollerna.

Ingen pålaga uppifrån

Om en sådan resultatredovisning ska bli använd och av god kvalitet ska den inte utformas som någon administrativ pålaga uppifrån utan främst vara ett verktyg för vårdenheten.

Sjukvården och medicinen är något i grunden kreativt, som mår illa av alltför upplinjerade och kontrollerande administrativa system. Ledstjärnan, när man gör uppföljningssystemen, ska istället vara vad vårdpersonalen ute på de olika enheterna behöver för att kunna planera och vidareutveckla sitt eget arbete. Jag är optimist för att jag vet att det finns stort intresse från den medicinska sidan att satsa på en uppföljning av verksamheten. Svensk sjukvård präglas av stor nyfikenhet. Vetgirigheten är stor också i fråga om att ta reda på vad som händer när nya metoder tas i bruk på en klinik, vad som händer med omvårdnadskvaliteten när en ny arbetsorganisation börjar tillämpas, så att man kan jämföra sig med andra och med hur det var tidigare på den egna kliniken. Bra mått behövs också för att personalen ska kunna se hur man närmar sig de uppställda målen.

Om man låter vårdenheternas behov vara utgångspunkten när bättre system för uppföljning tas fram, så kommer både administratörer och politiker att få högre kvalitet i de data som enheten lämnar.

Verksamhetsberättelser modell näringslivet

Spri har till uppgift att samordna de olika strävanden som finns på skilda håll inom hälso- och sjukvården. Ett sätt är att

– med snegling åt vad som är praxis inom näringslivet – lägga grund för någorlunda enhetliga verksamhetsberättelser för kliniker inom olika specialiteter. De kan då ge möjlighet till jämförelser, t.ex. av antalet utförda behandlingar, resultatet av behandlingarna, hur många läkare och sjuksköterskor som varit engagerade, vilka andra personalgrupper som varit involverade, hur långa vårdtiderna har varit. Också skillnader i praxis och metoder är naturligtvis högtintressanta. Exempelvis: varför är kejsarsnitt dubbelt så vanliga på vissa sjukhus som på andra?

Företrädarna för specialiteterna har visat stort intresse – ett villkor givetvis för att det ska bli något resultat. Detta gäller också det s.k. DRG-systemet, som snart ska börja införas på några kliniker som varit först ur startgrupparna. DRG-systemet ska – hoppas vi – ge relativt detaljerade och säkra besked om hur mycket resurser av olika slag som behöver sättas in för att ta hand om olika sjukdomar och skador.

DRG är extra intressant eftersom systemet prövas i fler länder. På den här vägen hoppas jag att svensk sjukvård ska få möjlighet att jämföra sin ”produktion” med andra länders.

Måtten kan öppna väg för prestationslön

Med de bättre måtten kan möjligheter öppnas att i större utsträckning än i dag införa prestationslöner. Enligt min mening bör dock bara en viss del av den totala ersättningen vara prestationsberoende, och ingen personalkategori bör undantas. Vårdens insatser beror ju i så hög grad på arbetslaget. Och på alla områden av sjukvården är det inte lika enkelt att förespråka prestationslöner.

Ett exempel på svårigheten att tillämpa prestationslöner är primärvården. Jag tänker bl.a. på primärvårdens uppgifter inom rehabilitering och sjukdomsförebyggande arbete. Naturligtvis kan man tänka sig att skilja av en del av verksamheten, den som är inriktad på akut omhändertagande av patienter och som är lättast att mäta. Men många gånger går akut omhändertagande och hälsofrämjande hand i hand – en akutsökande patient kanske till och med är i större behov av en relativt tidsödande hälsofrämjande insats än av behand-

ling för den åkomma han kommit till vårdcentralen för. Det vore djupt olyckligt om finessen med en vårdcentral blev att avverka så många patienter som möjligt i timmen.

Mer resurser till attraktiva ställen

Det här med mått kommer också in i samband med att man på allt fler håll övergår till systemet att patienten fritt ska kunna välja vilken vårdcentral eller vilket sjukhus han vill gå till, en möjlighet som väl får starkast genomslag i storstadsområdena. Därav följer att de mer attraktiva ställena behöver mer resurser. Och av detta följer i sin tur att de ställen, som ser hur patientkretsen sinar, får klara sig med mindre till dess de gör sig mera lockande.

Prestationsersättning till kliniker och vårdcentraler och prestationslön till personalen kan självfallet inte komma i fråga om man gör ett kvalitativt dåligt jobb, slarvar ifrån sig. Sådan service betygsätter patienterna säkerligen ganska snart genom att söka sig någon annanstans. Men innan det gått så långt bör det ha kommit en larmsignal inom systemet. Det pågår också ett omfattande arbete med kvalitetssäkring inom sjukvården.

Det pågående kvalitetssäkringsarbetet är inriktat både på det medicinska utfallet och på omvårdnaden och servicen. Ett viktigt hjälpmedel är att ta reda på vad patienterna tycker bl.a. genom enkäter.

Jag har en klart positiv bild av den svenska sjukvårdens personal och deras engagemang i vården och för patienterna. Ibland funderar jag på om min bild rentav kan vara idealiserad, men jag tror ändå inte det. Samtidigt hyser jag misstro till talet om alla byråkratiska hinder, som finns i vården. Jag tror att uppfattningen bland personalen om hindrande byråkrati i de flesta fall hänger ihop med gammal vana. Sjukvården har varit starkt hierarkiskt organiserad; klinikchef, klinikföreståndare, avdelningsföreståndare, sjuksköterskor, undersköterskor, biträden – hela batteriet – och längst ned ligger patienterna i rader på parad, när det här garnityret går förbi.

Även om personalen får veta att reglerna har ändrats så att

de kan lösa sina uppgifter som de finner lämpligast, sitter många kvar i en hämmad roll, låsta mellan kritstreck eller i ett regelverk som ofta inte finns men som ändå uppfattas som en realitet. Detta är ett område som måste analyseras bättre. Administrativ kompetens behövs också i vården och de som ska göra det jobbet ska ha rimliga förutsättningar, eftersom sjukvård i hög grad är ett lagarbete. Och till det viktigaste hör att ta tillvara *hela* personalens kreativitet och få den att ta bort bromsklossar i organisationen. Det är på det sättet vi kan nå de stora framgångarna genom att bl.a. jobba resursnålare och vidga flaskhalsarna.

Självfallet betyder läkarna mycket, och det är viktigt att de har en glädje i sitt arbete och får utlopp för sin utvecklingslust. Men när vi nu sett hur långvårdsavdelningar stängts av personalbrist och hur man fått avstå från att operera därför att operations- och anestesipersonal saknas, då får man inte göra sjukvårdens verksamhetsproblem till något centrerat enbart till läkarna. Vi har en reserv i all personal som vi inte lyckats stimulera fram, och den måste vi aktivera.

När det gäller totalramen för sjukvården under 90-talet så finns risken att man håller tillbaka resurserna, samtidigt som det pumpas in mera pengar i sjukförsäkringen och förtidspensioneringen. Man måste sätta ett frågetecken för alltför långtgående satsningar på ersättningar av olika slag på bekostnad av sjukvårdsinsatserna.

Sjukvården inget finansiellt problem . . .

Detta tyder på att sjukvården egentligen inte är något finansiellt problem i samhället. Mera pengar från sjukförsäkringen till sjukvården motiveras inte sällan med att man raskt vill ha folk tillbaka till produktionen. Den här nyttoaspekten är givetvis ingenting man kan vifta bort. Men den får inte föra med sig – avsiktligt eller oavsiktligt – att den humanitära grunden för vår sjukvård rubbas, så att vården blir beroende av orsaken till att folk blir sjuka eller av folks skilda betydelser för produktionen, med påföljd att t.ex. de gamla förs åt sidan som mindre intressanta.

Om nu sjukvården inte är något finansiellt problem så är

den ett problem, när det gäller arbetskraftssidan. Vi vet hur ålderspucklarna ser ut, hur de påverkar dels behovet av sjukvård, dels tillgången på personal i de arbetsföra åldrarna. Det väcker frågor av olika slag. Hur ska vi fördela vår arbetskraft under 90-talet och framåt? Hur mycket till varuproduktion, hur mycket till vården?

...men ett personalbekymmer delat med många

Detta tycker jag är sådant som vore väl värt en seriös diskussion mellan representanter för sjukvården och näringslivet. Och en viktig aspekt i det sammanhanget är risken att kvinnorna med sin traditionella roll kan se sig tvingade att gå tillbaka till familjen och åter ta på sig sin gamla huvudroll, som hemmavårdare, om vården inte fungerar. Då lämnar de sina platser inom produktionen tomma.

I en diskussion om arbetskraften kanske det också skulle gå att få förståelse för att sjukvården ibland kan ha svårigheter att anpassa sig till ny teknik. Denna bygger ju på att det finns specialister, som behärskar det nya. Och specialister trollar man som bekant inte fram i en handvändning. Dessa omställningsproblem borde svensk industri känna igen och ha en viss förståelse för, istället för att blåsa under kritiken. Vi vill nämligen inte förhäva oss och påstå att vi är duktigare än industrin i sådana här omställningsskeden.

Bättre chefer behövs

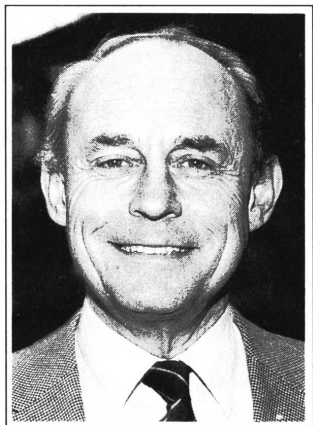
Till sist något om ledarskapsfrågorna. Allt för länge har cheferna inom sjukvården rekryterats på i huvudsak två kriterier: skicklig läkare och duktig vetenskapsman. Att ur den konstellationen få fram en bra chef kan självfallet vara äventyrligt även om det skett i förvånansvärt många fall.

Den ändring som sedan ett tag är på väg, nämligen att satsa mera på chefsegenskaperna, måste fullföljas. Det innebär ju ingen nedklassning av skickligheten som läkare och duktigheten som forskare. Vi måste också få en ändrad inställning. När det visar sig att en person inte passar som chef får det inte anses som något deklasserande att han eller hon återgår till någon annan viktig funktion inom vården. Företagarvärl-

den har haft en betydligt tuffare inställning till chefsfrågorna. Där har man inte heller helt lyckats hitta goda lösningar på hur en chef kan gå över till andra uppgifter inom sin organisation utan att det upplevs som ett personligt nederlag. Men för båda områdena borde det vara angeläget att få in en mera tolerant syn hos omgivningen på sådana här förändringar.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Från sjukhusdirektörens horisont



Ragnar Beyer

är företagskonsult hos Bohlin & Strömberg. 1986–89 var han chef för Akademiska sjukhuset i Uppsala och dessförinnan vVD i Alfa-Laval

Jag har i tre år varit sjukhusdirektör för Akademiska sjukhuset i Uppsala, ett av våra större sjukhus, som dessutom har nära anknytning till den medicinska forskningen och utbildningen. Akademiska är vidare ett regionsjukhus. Det innebär att sjukhuset – vid sidan om mera vanliga discipliner – också svarar för högspecialiserad vård av patienter från andra landsting inom denna sjukvårdsregion. Inom vissa specialiteter är sjukhuset rikstäckande. Vi säljer alltså sjukvård till andra landsting.

Till saken hör också att jag kom till Akademiska från en direktörspost i Alfa-Lavals koncernledning, "fångad" av en headhunter. (En kort tid efter det att detta skrevs lämnade Ragnar Beyer sin sjukhusdirektörstjänst och återgick till näringslivet. Reds anm.)

Bakgrund

Sjukhuset hade sedan flera år haft bekymmer att klara sig inom den föreskrivna budgeten – ett helt normalt tillstånd inom sjukhus-Sverige vid den tiden och också i fortsättningen. Visserligen har svårigheterna att rekrytera folk bidragit till att hjälpa upp budgetens ekonomiska sida, fast då på bekostnad av de prestationer som politiker, patienter och personal vill ha utförda.

Jag ska inskränka mig till de erfarenheter jag gjort under min sjukhusdirektörstid och ska försöka låta bli att generalisera. Men där måste jag med en gång göra ett avsteg. Problemet i botten är naturligtvis att samhällets och individernas krav är större än vad vi har resurser till. Det finns inte – och kommer väl aldrig att finnas – något tak för vårt behov av sjukvård, i varje fall inte så länge det saknas samband mellan den enskilde patientens sjukvårdskostnader och den vård han får.

Decentralisering

Den viktigaste åtgärden för att i görligaste mån bemästra problemen är att få verksamheten mera effektiv. Detta uppnår man bäst genom decentralisering av ansvar och befogenheter. Det är en strävan som idag kännetecknar sjukhusvärlden – tror jag – i hela landet och är som bekant inget unikt för denna sektor. Alla bekänner sig till tron att de människor som är direkt engagerade i vården är bättre skickade att fatta beslut än de som befinner sig högst upp i hierarkin, långt från verkligheten.

Vårt mål har varit att föra ned besluten på klinikledningsnivå och i viss mån på avdelningsnivå. I det sammanhanget bör nämnas att sjukhuset har 39 kliniker och omfattar cirka 6 000 heltidstjänster. Antalet medarbetare på klinikerna rör sig mellan 10 personer på den minsta kliniken och 350 på den största. Omsättningen på den minsta kliniken uppgår till 6 miljoner kronor och på den största till 150 miljoner kronor. Detta sagt för att ge en ungefärlig uppfattning om enheternas storlek och sjukhusets storlek.

Klinikcheferna måste utbildas

Detta med att föra ut beslut och ansvar måste naturligtvis åtföljas eller helst föregås av att man gör klinikcheferna skickade att, vid sidan av det medicinska arbetet, ta hand om ett slags företagsledarjobb. Så snart vi kunde, startade vi denna utbildningsverksamhet för klinikledningarna. För närvarande bedrivs också sådan utbildning på avdelningsnivå. Erfarenheterna har hittills varit goda. Klinikledningarna är som regel pigga på att ta ansvaret och är måna om att utbilda sig för denna uppgift. Mycket har gjorts, men mycket återstår.

Utbildningen har i första hand skett genom tredagarskurser, vilket väl en del kan anse som alltför magert, men verksamheten med patienterna måste ju fortgå och vi har inte vågat ta till någon större åderlåtning än detta. I år följs den upp av treveckorskurser. Denna utbildning omfattar inte bara befintliga utan också blivande klinikchefer. Dessutom inkluderar vi distriktsöverläkarna som ju har sin verksamhet inom primärvården utanför sjukhuset. Eftersom det här är en relativt ny form av utbildning för läkare kommer det att ta några år innan vi fyllt kunskapsluckorna.

Administrativa hjälpkrafter

Samtidigt har vi försökt öka stödet till klinikcheferna genom att förse klinikerna med ekonomiskt och administrativt kunigt folk. Helt har vi inte kunnat tillmötesgå klinikchefernas önskemål om klinikadministratörer och personalexpeditiöner, men vi är på väg bl.a. genom att decentralisera sjukhusets personalavdelning ut på klinikerna.

När det gäller synen på klinikchefsskapet och därmed sammanhängande ansvar och arbetsuppgifter finns det en generationsklyfta. De äldre överläkarna och professorerna har sällan förståelse och intresse för administrativa insatser. Hos de yngre är intresset för den här typen av problem mera påtagligt. Vi befinner oss nu i en period med ganska stor avgång av klinikchefer som uppnår pensionsåldern och får in en generation som har större förståelse för dessa frågor och är beredda att offra möda också på denna del av en klinikchefs arbetsuppgifter.

Klinikchefen ska kunna agera som chef

Jag har inga illusioner om att professorer och överläkare ska bli en fullfjädrad kår av administratörer eller ekonomer. Det är heller inte nödvändigt. Men de ska kunna agera som en chef. De ska kunna ta sig an personalproblem och ta ansvar för verksamheten inte bara medicinskt utan också administrativt. Kort sagt: de ska ha förmåga och vilja att fungera som chef, som arbetsgivarens förlängda arm.

Och jag tycker nog att vi redan sett att den här andan har gjort sitt inträde i samband med vissa påfrestningar när det gällt tvistigheter. Men klinikcheferna tvingas till en oerhört svår balansgång – att vara arbetsgivare och samtidigt lojal mot den personal som man förhoppningsvis får behålla och arbeta ihop med i ett många gånger mycket påfrestande jobb, som måste präglas av lagarbete, ibland i livsavgörande situationer.

Hur skapa incitament?

Ett annat problem som följer med den här förändringen är hur man skapar incitament för dem som verkar på klinikerna och ute på avdelningarna. Incitament att göra ett bra jobb, att ifrågasätta sina rutiner och skapa en så bra verksamhet som möjligt.

När det gäller det ekonomiska incitamentet har vi kommit fram till en lösning där klinikerna får behålla en viss del av vad man sparar i förhållande till budgeten. Naturligtvis ligger i detta att de också ska klara de verksamhetsmål och prestationer som är den andra sidan av budgeten. Vi har dock inte möjlighet att dela ut några individuella morötter. Vad vi kan erbjuda är en form av kollektiv belöning. Pengar som kan användas för t.ex. studieresor för personalen, viss utsmyckning av lokalerna, kanske inköp av en viss utrustning som flera kan vara intresserade av men som annars inte kunnat köpas in.

Kanske beroende på att personalen inte varit van vid något annat har jag den uppfattningen att kravet på individuella belöningar – jag bortser nu från hygglig lön – inte är så stort. Men naturligtvis hade det varit enklare om också per-

sonligt inriktade incitament varit möjliga. Om vi försökt – så som sker på den privata sidan – med belöningar till chefen – typ tantiem, bonus, extra månadslön – så skulle detta, tror jag, väckt ett visst motstånd. Och jag ser heller ingen möjlighet att vid sidan av ett mera individualiserat lönesystem inom vården införa individuellt bonussystem som på den privata sidan. Det enda som jag möjligen skulle kunna tänka mig är i form av att lokaler och utrustning kunde lånas att användas för extraarbete vid sidan om det ordinarie arbetet. Men jag har inte närmare vägt för- och nackdelar med ett sådant arrangemang.

Men på en punkt har vi ett incitament som mestadels saknas på den privata sidan. Detta att få arbeta med och hjälpa människor som har det svårt på ett eller annat sätt. Visst kan det vara påfrestande men det stimulerande överväger mångfaldigt. Detta har omvittnats av många inom vården.

Brister i personalledning

Det finns en hel del brister på personalledningssidan inom sjukvården, t.ex. detta att man allt för lite lyssnat på personalen och alltför lite tagit till sig av den enskildes idéer. Det är först på senare år vi kommit igång med utvecklings- och planeringssamtal, som ju på sina håll varit vanliga under lång tid på den privata kanten. Vi har infört att alla anställda minst en gång om året ska ha ett sådant samtal med sin närmaste chef. Där får medarbetaren möjlighet att ge synpunkter på sin egen arbetsmiljö och arbetssituation, men också på hur den enhet bör skötas där hon arbetar. Viktigt är att chefen talar om vad han eller hon förväntar sig av medarbetaren.

Sådana här samtal är som bekant inte alltid så lätta att föra och därför har vi satt igång med utbildning. Chefen måste enligt vårt synsätt komma in på hur den anställde fungerar på sin post. Folk vill bli betygsatta på ett eller annat sätt. Att dela ut beröm är naturligtvis ingen svår situation och genom att vi nu har skaffat oss individuell lönesättning finns möjlighet att inte bara genom befordran utan också genom en lönehöjning ibland ge ett mera konkret bevis på uppskattning.

Så är det de fall där det inte går så bra. I första hand gäller

då att ge stöd och uppmuntran, men i yttersta fall får man inte dra sig för en omplacering. Detta gäller särskilt sådana som sitter i chefsställning. Vi är helt enkelt skyldiga medarbetarna på en enhet att se till att de har en chef som passar.

Brist på civilkurage

Jag tror att man inom sjukhusvärlden har varit lite för släpht på den här punkten, en viss brist på civilkurage. Detta har gjort att jag själv i en del fall varit tvungen att gripa in, när mina underställda inte vågat ta tag i sådana frågor. Även här är dock en attitydförändring på gång. Den här sortens ingrepp är nästan alltid till den enskildes bästa. Som regel hittar man nämligen någon plats som är den rätta för vederbörande. Och det är aldrig bra att dra sådana här problem i långbänk, vilket också kan förekomma på den privata sidan.

Överblickbara enheter

Jag har talat om decentralisering. Något som hänger ihop med denna är förstås storleken på enheterna, hur pass överblickbara de är sedda från den enskilde medarbetarens blickpunkt. Och här finns nog problem som är gemensamma för sjukvårds- och landstingssektorn och det privata näringslivet. De stora enheterna måste brytas ned i hanterliga bitar.

Det finns säkerligen inte många på vårt sjukhus som känner någon samhörighet med landstinget, även om detta inte tillhör de större i landet. Möjligen finns det en del som har den varma gemensamhetskänslan med Akademiska sjukhuset – vilket man som sjukhusdirektör gärna skulle vilja önska sig.

Det är som regel kanske först när man kommer ner på klinisknivå som det finns möjlighet för någon form av gemenskapskänsla – vi på kirurgen, vi på medicin 2 eller vi på avdelning 8. Det är alltså inte enbart för att få en enhet av lämplig administrativ storlek eller med lämplig storlek med hänsyn till den ekonomiska och personella överblickbarheten som de stora klumparna måste delas upp på mindre. En nedbrytning ger den enskilde större motivation och en känsla av vi-anda.

Bättre mått på väg

Från denna psykologiska aspekt vill jag flytta över uppmärksamheten till vikten av mindre enheter när det gäller ekonomiska uppföljningssystem. Detta är ett fält som länge varit underutvecklat inom sjukvården. Främst därför att det är en bransch där det är så svårt att mäta resultaten som vi får ut av våra insatser. Att räkna antalet patienter, antalet vård dagar, antalet besök hos läkare eller distriktssköterska är naturligtvis inte så svårt. Men det är ju inte sådana antalsmässiga resultat det hela går ut på utan något mer svärfångat: fler år av arbetsförhet, fler år av gott liv, mindre smärta, större trygghet.

Här kommer vi enligt min mening in på ett kärnproblem när det gäller styrningen av sjukvården: bristen på bra mått. Vi vet vilka resurser en klinik tar i anspråk i form av läkemedel, måltider, lab-undersökningar och liknande. Men vi har haft väldigt svårt att få fram vad den enskilde patienten, en speciell diagnos, drar för resurser. Detta gör det naturligtvis svårt att få fram en analys som grund för effektivisering.

För ett regionsjukhus som vårt, som säljer tjänster (1/3 av den somatiska vården vid Akademiska går till patienter från andra landsting), tillkommer problemet att ta fram bra underlag för fakturor, så att vi kan debitera rätt pris. Hittills har priset baserats på antalet vård dagar och kostnaden för en vård dag skiljer sig naturligtvis högst avsevärt under en vård episod – hög under den medicinska utredningen och själva ingreppet, låg under återhämtningstiden då det mest blir bäddkostnad och mat. Det här kan naturligtvis få till följd att det saknas incitament att dra ned vårdtiden. Detta är nämligen ekonomiskt oförmånligt ur den enskilda klinikens synvinkel.

Vi har tagit hjälp av konsulter för att hitta lösningar på våra problem och vi har börjat använda ett Management Information System som arbetats fram av New England Medical i Boston. Dessa insatser plus bl.a. ett system som går under beteckningen DRG gör att vi hoppas att om något år få en mera detaljerad bild av vad som sker. Klinikerna ska kunna se hur effektiviteten utvecklar sig och jämföra sig med

motsvarande kliniker på andra håll i landet och i jämförbara länder, vilket ger underlag för effektiviseringsåtgärder.

Brännskadeavdelningen – hög, dyr beredskap

Vi gör alltså vad vi kan för att klara oss utan den rättframma kompass som lönsamhetsbegreppet utgör. Det säger sig självt att vi inte kan slopa någon vård därför att den kan betecknas som olönsam, att den kostar för mycket. Ta som ett exempel brännskadevården. Den innebär att sjukhuset måste ha en mycket hög beredskap. Ena månaden kanske där finns bara en patient, nästa månad kanske tio. Vi har servicekravet på oss från samhället. Det krockar med lönsamhetskravet. Och så förmodar jag att det alltid kommer att bli i ett högutvecklat samhälle som vårt, vilket naturligtvis inte hindrar att vi hela tiden måste se till att varje sjukvårdshundralapp hamnar där den gör bäst nytta.

Nya läkemedel – astronomisk kostnadsökning

Också när det gäller vårdens kvalitet är det naturligtvis svårt att sätta in ekonomiska begrepp. Vi har fått allt bättre operationsmetoder – i en del fall enklare men i en del fall mera resurskrävande, därför att allt svårare skador kan åtgärdas. Vi har fått många nya mediciner, läkemedel som gör att risken för komplikationer, t.ex. vid transplantationer, blir mindre. Här kan kostnadsökningen bli nära nog astronomisk när man går från ett läkemedel till ett annat. Och det är ju svårt för oss att säga nej till ett sådant läkemedel om det visar sig att effekten blir avsevärt bättre än med ett gammalt. Så får man heller inte glömma den ekonomiska plussidan – folk kan bli friskare tidigare och återkomma till arbetslivet. Risken för återfall minskas. Ett bättre liv för den botade är ett annat plus som dock inte är så enkelt att registrera i ekonomiska termer, åtminstone inte på sjukhuset. Däremot ger det ett positivt utslag hos försäkringskassan och nationalekoniskt.

Köerna

Så över till de omskrivna sjukvårdsköerna. Frågan är hur stor sjukvårdsapparat vi ska anses ha råd med, så att folk ska slippa vänta. Vilken beredskap ska vi ha? Det är alldeles uppenbart att samhället skulle tjäna på att i en del fall satsa på sjukvården istället för att låta folk gå sjukskrivna i långa perioder i väntan på en operation som skulle göra dem arbetsföra. Jag gör detta konstaterande utan att gå in på de etiska frågor som kan hänga ihop med att man med detta kriterium ställer vissa grupper i förtur medan andra får halka bakåt i kön.

Här bara en kort reflektion. Vilken lycka för en försäljningsdirektör att ha en lång kö av kunder som dessutom i princip saknar möjlighet att vända sig till en annan leverantör!

Specificerade klinikmål

Jag tänker återvända till budgeten och ägna mig något åt dess prestationssida. Varje klinik får numera där sina mål beskrivna. Vi strävar efter att konkretisera dem så gott det går. För opererande kliniker kan det vara fråga om antal operationer av olika slag, hur mycket av vården som ska gå till det egna landstingets invånare och hur mycket till regionvårdspatienterna. Hur många patienter som ska tas emot, snarare än antalet vård dagar, att en mammografiscreening ska sättas igång, att en reumatologisk avdelning ska öppnas på medicinkliniken, att antalet gråstarrsoperationer ska öka från 300 till 600. Det blir klara mål att rikta in sig på. Och mycket viktigt är: de uppställda målen ska vara kända av alla på kliniken och målen ska vara nedbrutna på avdelningsnivå. En sammanvägning av hur man klarat prestationsmålen och av resursåtgången avgör den eventuella belöningen jag tidigare nämnt.

Enkäter ersätter klirret i kassaapparaten

På den privata sidan kan man i viss mån avläsa kundernas missnöje eller belåtenhet på klirret i kassaapparaten. Den måttstocken har inte vi. För att kompensera detta har vi gått

in för att genom enkäter undersöka hur nöjda patienterna är, vad de är missnöjda med och vad de gillar. Den här metoden mäter naturligtvis inte det medicinska resultatet av vården men den ger viktiga fingervisningar. Också sådana här mätbara effekter av vårdens prestationer ska finnas med i målbeskrivningen för en kliniks arbete, t.ex. att 80 procent av patienterna ska uttrycka att de blivit väl omhändertagna och att vården präglats av omtanke och kvalitet.

Det finns ett par lovvärda tendenser inom sjukvården som jag kort ska omnämna, eftersom de ofta glöms bort. Den ena är att vårdtiden i många viktiga sjukdomar avsevärt förkortats, vilket gäller både opererande och medicinska kliniker. Det andra är – och kan ju betraktas som en följd av den tidigare nämnda utvecklingen – att allt fler vårdtillfällen klaras polikliniskt, dvs. på sjukhusets öppenvårdsmottagningar eller inom primärvården. Som ett komplement har vi i Uppsala två patienthotell där tillresande kan bo medan de utreds medicinskt eller går under behandling. Jag nämner de här tendenserna och hotellkomplementet, därför att de rymmer stora möjligheter att ytterligare effektivisera vårdarbetet på ett sätt som samtidigt är till patienternas bästa. Det senare är självklart det riktigaste.

Jag ska fortsätta med en del synpunkter på de speciella förhållanden som hänger ihop med Akademiska sjukhusets ställning som region- och universitetssjukhus.

Den första är att ett regionsjukhus inte ska behålla en viss högspecialiserad vård längre än nödvändigt. Så snart det bedöms att behoven och resurserna är tillräckliga ska en sådan specialitet föras ut på länssjukhusen. I det sammanhanget ska vi komma ihåg att det på regionsjukhuset hela tiden kommer till nya specialiteter som det måste lämnas utrymme för.

Vidare är det så att vi har många anställda som har två arbetsgivare – universitetet och landstinget. Jag tänker på professorer och kliniska lärare och amanuenser som ska utföra en viss del sjukvård, en viss del forskning och en viss del undervisning. Jag ser inte hur man ska kunna komma förbi detta och det blir väl så att man får leva med den ständiga diskussionen om det är staten eller landstinget som tjänar på

detta arrangemang. Det här visar också på hur nära sammanknuten sjukvården är – och sannolikt måste vara – med den offentliga sektorn.

Positivt samarbete med läkemedelsföretagen och tillverkare av sjukvårdsutrustning

Hand i hand med forskningen kommer insatser från läkemedelsföretagen i form av kliniska prov med nya mediciner.

Detta samarbete med läkemedelsföretagen har ett mycket positivt inflytande på verksamheten vid sjukhuset. De nya metoderna och de nya medicinerna kan i många fall kraftfullt effektivisera vården. Jag tänker t.ex. på behandlingen av kranskärslssjukdomar med laser istället för genom komplicerade bypass-operationer. Eller den s.k. stenkrossen för njurstenspatienter där man inte ens behöver söva patienterna utan tar in dem bara för en dag. Det finns rader av sådana exempel där utvecklingen går raskt framåt med chans till människovärdigt och produktivt liv tack vare forskningen som bidrar till den ständiga kvalitetshöjningen inom vården.

Ge distriktsläkarna pengarna!

Ifrån det jag anser vara en beskrivande del övergår jag för en kort stund till synpunkter på det nuvarande systemet. Och jag menar här att det är fel att landstinget är både köpare och säljare av sjukvård. Vad som föresvävar mig är att sjukvårdsdistrikten skulle få disponera över sjukvårdspengarna. Distriktsläkarna skulle för patienternas räkning beställa vård på sjukhusen. Vid ett regionsjukhus kan det finnas risk för att man med nuvarande system prioriterar utomlänspatienterna – dem får man betalt för – medan länets egna patienter får stå tillbaka – dem har man ju ”bara” budgetpengar för.

Detta att distriktsläkarna håller i pengarna kan det säkert finnas betänkligheter mot. Det ställer ju mycket höga krav på kunskaper och omdöme hos distriktsläkarna. Systemet måste säkerligen kompletteras med att en patient ska ha möjlighet att gå till vilken distriktsläkare han vill. Och dessutom kan man mycket väl tänka sig att man lämnar ut distriktsläkeriet på entreprenad. Planer finns att pröva en sådan form av en-

treprenadssystem inom Uppsala läns landsting. Detta innebär att landstinget fortfarande bekostar verksamheten – vårdcentralen drivs i privat regi för landstingets pengar.

Distriktsläkaren patientens sjukvårdslots?

Systemet med distriktsläkarna – inte bara som första angöringsboj i sjukvårdssystemet utan också som en sorts patientens sjukvårdslots vidare in i sjukhusens kliniker – borde kunna ha en hel del fördelar med sig. Distriktsläkaren borde kunna överblicka behandlingsmöjligheter, vårdkvalitet och priser vid olika sjukhus. Därmed skulle han kunna bedöma vilket sjukhus som är ”bästa köp” både för patientens hälsa och med hänsyn till sjukvårdsekonomin. Systemet skulle kunna stimulera konkurrensen sjukhusen emellan och på sikt hålla tillbaka kostnadsökningarna.

Politiker i sjukhusstyrelse ingen naturlag

Sjukhusen skulle kunna förbli offentligtägda – av landstingen som nu t.ex. – men deras styrelser behövde inte naturligtvis besättas av politiker. De kunde bestå av sakkunniga från olika fält. När det gäller regionsjukhusen borde inte det landsting inom vars område sjukhuset råkar ligga vara ensamägare. Det naturliga vore att de olika landstingen inom regionen delade på ägarskapet. Och på köpet skulle man få stopp på det eviga ifrågasättandet av debiteringar med påståenden om att vården på regionsjukhuset är för dyr.

Möjligen skulle ett sådant vidgat ägarskap leda till att hejda en olycklig utveckling som nu är på gång inom vissa delar av den högspecialiserade vården. Vi har inte råd att bygga upp parallella högspecialiserade kliniker så som nu sker. Kanske kommer vi ändå inte undan att det behövs ett överordnat organ som bestämmer var skåpet ska stå. Det är fel att alla ska göra allting. Patienterna och resurserna räcker inte till för en del statusbemängda subspecialiteter mer än på ett eller ett par sjukhus i landet. Både kvalitetsmässigt och kostnadsmässigt är en koncentration av den högspecialiserade vården nödvändig.

Måste ta hand om personalen bättre

Det är väl lika bra att bekänna först som sist att vi inom sjukvården varit rätt dåliga på att sköta vår personal. Och någon kan väl skadeglatt säga att våra insatser nu påminner om en bekännelse under galgen. Det gäller löner, det gäller kontakterna och arbetsledarutbildningen, det gäller bemanningen, arbetstidernas förläggning och rekryteringsansträngningarna. Vi har släpat efter. Fortfarande har vi allt för många delade pass för att ta ett exempel. Det blir en lång svårutnyttjad håltid mitt på dagen. Att det är så hänger sannolikt ihop med den tid då sjuksköterskorna bodde på lasarettet. Vilket visar hur trögt det kan vara att ställa om sig. Att rätta till sådana här eftersläpningar liksom att personalen inte ska behöva helgarbeta mer än var tredje helg, allt sådant kostar pengar och kräver än mer vårdpersonal.

Ökad grundbemannning ett måste

Vi kommer inte från att öka vår grundbemannning. Vi har alltför länge levt ur hand i mun. Detta har bl.a. inneburit att vi varit tvungna att med kort varsel beordra in sjuksköterskor i akuta situationer, kanske till nattpass, och det har skett stup i ett. Och så somrarna. Vi har nog knappast någon på akuten som haft mer än två veckors ledigt under juni, juli och augusti de senaste fem åren. Till slut ställer man inte upp på det, hur mycket man än tycker om sitt yrke. Och man kan knappast vänta sig annat. Till detta kommer så risken för att göra fel i sådana här stressade situationer, med de allvarliga konsekvenser som detta kan ha till följd.

Vi har börjat ge möjligheter för sjuksköterskorna att avancera i sitt yrke, inte bara som administratörer i form av avdelnings- och klinikföreståndare utan i sin egen profession. Därför har vi inrättat tjänster som specialistsjuksköterskor. Vidare har karriärstegen fått ytterligare pinnar också efter 15–20 års tjänst.

På personalsidan har vi alltså börjat vakna till. Och i en del fall har vi tagit efter sådant som finns på den privata sidan. Gratis sjukvård för personalen har anmärkningsvärt nog först nu börjat bli vanligt förekommande.

Var finns reserverna?

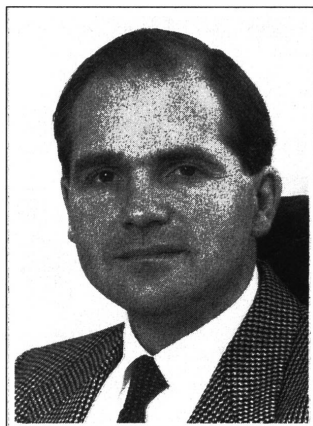
Men sjukvården liksom näringslivet får bereda sig på fortsatt knapphet på folk. Och då kommer frågan: Vad finns det för reserver? Kanske får vi i större utsträckning än hittills söka bland våra invandrare. Där döljer sig en hel del folk med utbildning som efter jämförelsevis kort inskolning kan bli till nytta. Vi kan säkert hitta lämpliga och villiga bland våra pensionärer som skulle passa i omvårdnaden på långvården och som hemsamariter för vissa uppgifter så att folk från dessa områden kan frigöras för akutvården. Men här spelar förstås skattefrågorna in.

Till sist måste vi bli betydligt mer generösa när det gäller investeringar för att minska slitet och investeringar som sparar arbetskraft inom sjukvården. Det finns tyvärr en benägenhet att se kortsiktigt på sådana investeringar som blott och bart en kostnad. Men här liksom på många andra håll håller synsättet på att förändras.

Slutligen får vi aldrig förtröttnas i vår ambition att åstadkomma bästa möjliga vård för våra patienter inom ramen för de resurser som står till buds. Patienterna, dvs. våra kunder, måste alltid stå i centrum för vad vi gör.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Klinikresurser måste bygga på resultat eller prestation



Melker Schörling

är koncernchef och VD i
Securitas

Företag och myndigheter som producerar tjänster måste ha en decentraliserad organisation. Det gäller det företag jag leder och jag anser att det också bör gälla sjukvården.

I båda fallen är det mycket farligt att hänga upp verksamheten på en central ledning med rader av staber som ska lämna synpunkter och godkänna det mesta.

Istället är det enheterna på fältet som ska vara självständiga med stark ledning. Men cheferna ska ha ett gemensamt mål. Det är inom den fastställda ramen som enheterna ska utvecklas. Inom sjukvården motsvaras dessa enheter av kliniker och där har cheferna en nyckelroll.

Chefen ska stå mitt i vardagen

Chefen måste befinna sig i arbetets centrum. Han eller hon leder och fördelar arbetet, stimulerar medarbetarna och får dem med sig för att nå uppställda mål.

Chefen får inte arbeta egoistiskt – helt inriktad på sin egen

specialitet och med en stor del av sin arbetstid förlagd till konferenser runt om i landet eller världen. Självfallet är det bra om chefen är framstående på ett område. Men det räcker inte för att skapa goda resultat i stort.

Den bästa bakgrunden för en klinikchef är säkert att vara läkare. Han eller hon måste ha god kännedom om alla grenar av klinikens verksamhet, men definitivt inte bara de medicinska aspekterna. Genom att vara mitt i vardagsgörat har chefen möjlighet att i samspel med sina medarbetare forma målen, att se hur enheten lyckas. Det är den stora stimulansen, den bästa belöningen.

Även om den stora belöningen ligger i att ha meningsfulla arbetsuppgifter, som utförs väl, går det inte att bortse från betydelsen av mer handfasta belöningar. Bonus kan vara ett sätt och ett anpassat bonussystem borde finnas också inom sjukvården.

Man borde också ha ekonomiska mål för alla enheter och någon form av resultatdelningssystem. Det skulle stimulera till mer effektivt arbete. Jag tror inte det finns någon risk för kortsynta försök att maximera det ekonomiska resultatet. Ett resultatdelnings- eller bonussystem kan naturligtvis missbrukas, liksom alla andra system. För sjukvårdens del exempelvis genom operationer och andra behandlingar som kanske inte behövs, men som man får ersättning för. Men i en verksamhet med tydlig organisation och klara mål är den risken liten.

Ett privat företag som ju logiskt leds av vinstprincipen tar inte kortsiktigt ut så höga vinster som möjligt. Dras kvaliteten ner så märker kunderna det ganska snart. Och med rovdrift mot de anställda försvinner dessa eller tvingas sjukskriva sig. Det går heller inte att säga att kunderna ska bli nöjda – kosta vad det kosta vill. I samtliga fall får företaget ganska snart lämna scenen. Samma situation skulle uppstå inom sjukvården. De enheter som inte klarar både verksamhet och ekonomi upptäcks snart.

Prismärkta prestationer

Inom näringslivet och inom sjukvården är prestationerna det väsentliga, de framgångsrika prestationerna. För företaget är

det sålda varor och tjänster som ger intäkter. För sjukvården kanske man kan finna en form, där en klinik betalas för antalet väl utförda behandlingar eller operationer efter en bestämd prislista. Då slipper man det nuvarande stela systemet med en budget som inte säger något om vad som ska uträttas utan bara ger en klinik möjlighet att förbruka en viss summa pengar ett år, med 10 procents påslag nästa år osv.

Detta prestationsersättningssystem skulle kunna gälla kliniker med mätbar verksamhet. Inom delar av sjukvården är prestationsmätningen inte lika enkel, exempelvis långvården. Men där skulle antalet vård dagar kunna vara ett prestationsmått kompletterat med mått på vård dagens kvalitet. Inom långvården är kvaliteten i hög grad en fråga om patienters och anhörigas uppfattningar. Möjligen kan någon form av patient- och anhörigenkäter ge vård dagsbegreppet en fördjupning.

Ett annat mått kan vara hur pass eftersökta platserna är på olika sjukhus och vårdhem. Man skulle kunna redovisa vart patienterna i första hand söker sig – och tillåta fria val där det alls är möjligt. De som arbetar på ett sjukhus med gott rykte kan känna sig stolta. Ledningen och medarbetarna på ett lägre ”poängsatt” sjukhus lägger förhoppningsvis manken till för att göra allt bättre och trivsammare för patienterna och tar det mer uppskattade sjukhuset som förebild. Med fler patienter bör också följa mer resurser. Även det borde vara stimulerande.

Alternativet till att betala efter utfört arbete är att en byråkratisk församling fördelar resurserna. Det måste vara sämre. Det finns inga bra exempel på att planhushållning och centralstyre skapat bättre tjänster och produkter än effektiv marknadshushållning.

Slå sönder kopplingen beställare–producent

Att arbeta med prestationsanknutna anslag går inte lika lätt överallt. Väsentligt – för både resultat inriktning av kliniker nas arbete och anslag i förhållande till prestation – är att den farliga sammanblandningen av beställar- och producentrollen omöjliggörs. Beställaren måste ha möjlighet att utöva press

på producenten. Om inte är risken stor att den viktiga motorn för bättre prestationer tänder fel och stannar.

Sjukvården bör vidare bli mer öppen för entreprenörer och initiativ från de egna medarbetarna, s.k. intraprenörer. Den ena ytterligheten är att kliniken svarar för allting själv där resultatet kan bli att delar av verksamheten bedrivs i olönsamt låg skala. Ett exempel är sällan återkommande laborierutiner med mycket högt styckpris. Den andra extremen är att kliniken enbart använder de egna resurserna för det som är speciellt med klinikens verksamhet, och köper övriga tjänster.

Det minst effektiva är då kliniken gör allting själv. En strävan åt andra hållet – med mer köp av tjänster där andra gör det de kan göra lika bra eller bättre än den egna kliniken och till lägre pris – möts många gånger av motverkande, irrationella krafter. Det smyger sig lätt in en felsyn att det är bäst att själv ha kontroll över allt. Denna medvetna eller omedvetna strävan hos ledningen eller fackföreningarna leder till kortsiktiga och felaktiga ekonomiska beslut till den egna enhetens, men knappast hela verksamhetens, förmån.

Här finns det slumrande rationaliseringsmöjligheter inom sjukvården. Det kan gälla att släppa in privata företag som levererar varor eller tjänster, men även resultatbärande enheter inom sjukhuset eller landstinget. Naturligtvis finns det funktioner som kan synas vara mogna för entreprenad, men som i själva verket har en strategisk funktion inom basverksamheten. En sådan funktion bör man själv ha full kontroll över. Städningen på en intensivvårdsavdelning kan vara ett exempel.

Det förekommer fortfarande att kliniker får tjänster utförda utan att driftsbudgeten belastas – t.ex. prover. Tjänsterna uppfattas som en fri nyttighet. Ett sådant system inbjuder lätt till missbruk och ger en felaktig bild av kostnaderna. Självklart ska alla verksamheter bära de kostnader de förorsakar.

Rationell resursanvändning

Sjukvården förefaller ha mycket att vinna på en bättre användning av både personal och fysiska resurser.

Med tanke på rationell resursanvändning är det naturligtvis helt fel att dels ha stora, fina lokaler med dyr utrustning som inte är i bruk tillräckligt, dels ha en kår av välutbildade personer som inte arbetar så lång tid som de skulle kunna, samtidigt som det finns ett ouppfyllt behov av tjänsterna.

Här borde ett "intraprenörssystem" kunna tillämpas i betydligt större utsträckning än idag. Sjukhuset kunde fungera ungefär som ett industrihotell. Där skulle operationslag kunna hyra in sig, efter avtal med landstinget. Kanske med villkoret att utföra ett bestämt antal operationer av ett visst slag. Landstingets övergripande ansvar skulle på intet sätt äventyras.

Blandning av lösa och fasta tyglar

Ledningen av sjukvårdsenheter kräver skilda system, ett för kroppsliga skador och sjukdomar där det finns väl definierade behandlingsmetoder eller operationer, och ett för exempelvis långvården.

Styrelsen för den första kategorin ska självfallet ha representanter för "ägarsidan", men det viktiga i en sådan styrelse är dels skickliga yrkesmänniskor, dels människor med företagsbakgrund. Här, lika väl som i privat företagsamhet, är det tillåtet att ta "kalkylerade risker" och att tro på medarbetarna och låta dem arbeta i fred inom angivna ramar. Styrelsen uppmuntrar sjukhuset eller kliniken och ger stöd. Skulle det ändå gå fel ger systemet möjlighet till snabbt ingripande – leda rätt eller byta ut. Det är den blandningen av lösa och fasta tyglar som är så svår att detaljerat beskriva, men som är själva grunden för all organisationsledning.

För långvårdens institutioner får styrelsen delvis en annan roll. Där bör politikerna ha betydligt fler platser än i den "förra" typen av styrelse, eftersom det är fler politiska bedömningar som måste göras. Hur dras gränsen för hur stort ansvar samhället ska ta för sina äldre? Samarbete med ideella organisationer som kyrkan, Röda Korset och pensionärsföreningarna? I det senare fallet finns det sannolikt både vilja och förmåga att låta pensionärer hjälpa pensionärer.

Systemet premierar inte bra chefer

På många håll inom den offentliga sjukvården kan det vara extra svårt att arbeta som chef. Det beror på ägarstrukturen med snabba förändringar av inriktningen med åtföljande inhopps på den verkställande nivån. Vidare påverkar fackföreningarna verksamheten på ett sätt som inte är så vanligt inom den privata sektorn. Fackföreningarnas synsätt inom industrin är delvis annorlunda. Inom exempelvis industrin vet fackföreningarna att det egna företaget måste ges möjligheter att hålla sig "på toppen". Annars kommer risken för nedläggning. Den hotbilden finns inte inom sjukvården och det kan skapa en säkerhetskänsla som försoffar.

Sjukvårdens chefer påverkas alltså från två håll, samtidigt som livsviktig verksamhet måste fungera. Cheferna tvingas till en överlevnadsteknik med mycket argumenterande och byggande av stormskydd runt den egna verksamheten.

Klinikchefer och andra har en minst sagt besvärlig uppgift och blir i stor utsträckning "systemets fångar". Därför måste stora delar av detta system ändras så att cheferna, övriga medarbetare och verksamheten får en chans att utvecklas.

Personliga initiativ

Läkaren har den bästa bakgrunden för att verka som chef inom sjukvården och då leda en klinik eller annan medicinsk enhet. Det bästa är om läkaren arbetat inom olika sektorer av kliniken. Att han eller hon vet var de kritiska punkterna finns. Betydelsen av administrativ utbildning är ofta överskattad. Läkare är synnerligen välutbildade inom sina områden och ska ju inte göra boksluten. Läkaren blir högste ansvarig med effektiv administration som stöd där ett ekonomiskt rapportsystem ger besked om att operationer och behandling ger dessa kostnader. Läkaren gör sedan sina företagsmässiga bedömningar efter att ha övervägt hinder och möjligheter.

Min uppfattning är att en förändring av den typ jag nämnt är nödvändig för att vi ska få en bättre och effektivare sjukvård. Den förändringen måste innebära ett avlägsnande från

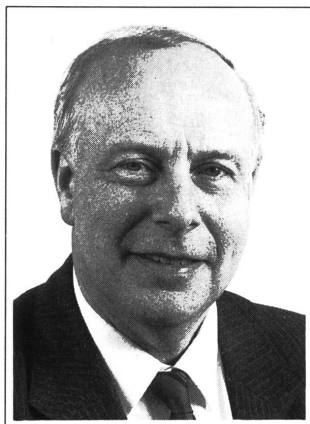
mer eller mindre automatisk och godtycklig resursfördelning. Istället skapar sjukvården sin form av resultat- och bonussystem där personliga initiativ värdesätts och uppmuntras.

Redtecknat av Åke Appelgren

Patientorientering viktig del i helt paket av åtgärder

Stig Larsson

är generaldirektör och chef för Statens Järnvägar och har tidigare varit VD i Ericsson Information Systems



Ett helt paket av åtgärder – det är vad jag tror behövs för att påverka sjukvården till att öka produktiviteten och effektiviteten, för att hålla kostnaderna nere och samtidigt ge en bättre vård på patienternas villkor.

I det paketet ingår att sjukvården och dess enheter bör styras av professionella styrelser. Att det är landstingen som är ägare utgör inget hinder för en sådan inriktning.

I SJ:s fall är staten ägare och det har inte hindrat ägaren från att sätta till en styrelse med en lagom blandning av olika professionella kategorier. Professionalismen hos styrelsen gör det möjligt att lägga fram förslag och ibland få dem förbättrade, föra ekonomiska resonemang och få en gemensam bedömning.

Man ska i styrelserna för sjukvården kanske inte helt och hållet ta bort politikerna, men de ska inte vara någon dominerande grupp. Någon representant för läkarprofessionen bör ingå. Experter ska dessutom tillkallas i speciella frågor

för att få fram fakta och synpunkter som sedan kan bedömas med den erfarenhet och det sunda förnuft som bör rymmas inom styrelsen.

Jag tror att det är med sjukvården som det är med ett privat bolag, nämligen att det i mycket är en fråga om att få hela organisationen att genomsyras av ett visst synsätt där det viktigaste är att hela tiden sätta kunden – i sjukvårdens fall patienten – i centrum. Det kan innebära att man måste bryta ned en gammal kultur inom organisationen eller företaget. Detta är ett stort arbete som kräver flera år.

Mer utfört men mindre belastning på personalen

Man arbetar hårt inom sjukvården – det är jag övertygad om. Men jag tror också att det går att organisera arbetet bättre, vilket är en chefsfråga. Jag hyser den uppfattningen att det går att organisera arbetet så att samhället får ut betydligt mera av insatserna, utan att de som arbetar därför blir mer belastade. Kanske till och med att de blir mindre belastade men producerar bättre. Och jag säger detta därför att jag från min tidigare verksamhet sett exempel på just detta.

En väg kanske skulle vara att man delade upp sjukvårdsverksamhetens struktur så att själva patientvården lades under en hatt medan andra delar – lokaler, utrustning, laborativ verksamhet för att ta några exempel – togs om hand av andra självständiga specialistenheter. Något i stil med vad som låg bakom SJ:s uppdelning på trafikrörelsen och banverket. Detta är emellertid sådant som måste undersökas ytterligare bl.a. för att se var gränslinjerna lämpligast borde gå.

Jag har stor respekt för den kompetens som finns inom sjukvården – människor med en lång, gedigen medicinsk utbildning, som kan sin specialitet, som har att lösa svåra fall och som dessutom är överlupna med att ta hand om en mängd fall av enklare slag. Att då begära att de ska ha tid att tänka över hur arbetet ska läggas om så att man får ut mera av det samtidigt som personalen skulle stressas mindre, det är kanske att begära för mycket. Lite kortare uttryckt: en konflikt mellan expertrollen och den administrativa rollen. Här tror jag det skulle behövas bistånd – kanske utifrån – för att

komma fram till helt andra arbetsrutiner, rucka på den etablerade kulturen.

Patienten inte bara en biologisk enhet

För att fortsätta med företagskulturen inom sjukvården så tror jag det skulle vara välbehövligt med något slags utbildning i kundorientering. Det gäller att få hela personalen att i allt de gör utgå från vem det är som är huvudpersonen, nämligen patienten, och vad hon eller han har för behov och hur man ska göra för att tillfredsställa dessa på ett så bra sätt som möjligt. Sjukvården ser många gånger alltför ensidigt på patienten som ett slags biologiska enheter som man utför arbetsoperationer på.

Inom industrin arbetar man på att utbilda alla nivåer i ett kundtänkande. Detta har visat sig ha en mycket gynnsam effekt på arbetet och därmed också på ekonomin – gör man det som kunderna vill ha får man en ökad försäljning. Det är något som vi inom SJ nu lägger ned en hel del kraft på.

Om sjukvården sätter igång med sådana program skulle man också få en mycket positivare inställning, också från allmänheten. Varje individ som kommer till sjukhuset eller vårdcentralen skulle känna sig väl omhändertagen. Att t.ex. slippa att slentrianmässigt sitta och vänta, trots att man beställt tid. Att man betyder något. Att man, om man har ont i en tå, inte ska behöva ta av sig alla kläderna och ta på sig en skjorta som inte ens räcker till knäna och sedan vara tvungen att strosa omkring i korridorer där medpatienter sitter och tittar. Det behövs ett bättre skydd för integriteten, det egna värdet.

Från det är steget inte långt till att begära ett bättre sekretesskydd. Det behöver inte bara gälla de grupper av patienter med sjukdomar som det är extra viktigt att sekretesskydda. Det kan också gälla hjärtbesvär eller liknande som en patient inte vill att omgivningen ska känna till. Det här tycker jag sjukvården är dålig på och här finns det mycket kvar att göra.

Konkurrens absolut nödvändig i sjukvården

Bland annat för att stärka patientens ställning men också för att öka effektiviteten måste det komma in någon form av

konkurrens sjukhus emellan och vårdcentraler emellan. Detta är – menar jag – en grundförutsättning för att förhållandena ska bli bättre. Vi bör alla kunna gå till vilken vårdcentral och till vilket sjukhus vi vill. En viss uppmjukning i den riktningen har skett på en del håll, men det verkar mest röra sig om reformer på papperet. Vad jag menar är att om någon med låt oss säga krokiga fingrar fick veta att de på Sahlgrenska i Göteborg är väldigt duktiga just på att räta ut krokiga fingrar, så skulle jag kunna resa dit var jag än bor i landet. Kostnaderna för behandlingen borde ju lätt kunna clearas landstingen emellan.

I den här tankegången ingår att klinikerna bara skulle få betalt för de besök de verkligen har. Det skulle stimulera dem. Minskar patientströmmen så tryter pengarna – också till löner. Och innan det gått så långt får man förmoda att kliniken lagt om stil så att patienterna vänder tillbaka. Med ökade intäkter som följd.

Den eftersökta kliniken får naturligtvis bekymmer. Men kära sådana. Trycket på personalen ökar men det gör också ersättningarna till kliniken och man kan möta den ökade efterfrågan antingen genom mer personal eller genom rationalisering eller genom att öka prestationslönerna till chefer och personal.

Kronor inte enda grund för personalpremiering

Sjukvården borde vidare införa någon form av incitament för att stimulera sin personal. Det finns många olika sätt och systemet behöver inte vara kopplat till hur stor försäljningen är eller storleken på vinsten – vilket ju är naturligt i vinstinriktade företag. Det går att premiera också andra positiva insatser, mjukare saker om man så vill. Det är inte säkert att man över allt inom sjukvården kan komma ned på individnivå, men man kan tänka sig belöningar till arbetslag eller avdelningar. En avdelning som får väldigt goda omdömen – man kan ju fråga dem som legat inne – får då en extra bonus att dela på. Det innebär att man skärper sig extra i synnerhet när det gäller kundservice. Och de som inte får någon bonus skärper sig också för att få chansen nästa gång.

Rätt att organisera om och flytta på chefer

Eftersom jag ställts inför den hypotetiska frågan vad som skulle vara viktigt för mig om jag erbjöds ett jobb som sjukhusdirektör ska jag nämna en del saker i det avseendet. Det bör ju samtidigt avspegla vilken ram en sjukhusdirektör bör få möjlighet att arbeta inom enligt min mening.

Naturligtvis är det viktigt att veta hur ledningen är organiserad och hurdan ekonomin ser ut. Jag skulle också vilja veta om det är någon som lägger sig i om jag skulle vilja göra en omfattande omorganisation, flytta på chefer osv. Jag måste alltså ha någorlunda fria händer och skulle inte acceptera att i stort sett sitta ned och förvalta en befintlig organisation. Som jag har uppfattat saken är det i verkliga livet ingen nytillträdande sjukhuschef som än så länge fått en sådan chans.

Men skulle jag ändå få den möjligheten skulle jag söka driva sjukhuset ungefär så som man driver ett företag. En ledningsgrupp med klinikcheferna skulle bli ett viktigt organ där vi skulle försöka komma överens om åtgärder för sjukhuset när det gäller köerna, väntetiderna, inställning till patienterna, ekonomin. Vi skulle arbeta oss igenom hela flödet i sjukhuset och se till att det framöver fungerar bra. En gång i veckan skulle bli lagom ofta för sådana sammanträden med problemgenomgångar och överenskommelser om lösningar.

Vi skulle också se om det gick att snabba på diagnoserna för patienterna t.ex. genom rutiniserade undersökningspaket. Vidare hänvisar jag till vad jag tidigare framhållit, detta med incitament, och med kundorientering. Jag skulle mycket noga ta reda på hur vårt sjukhus och dess olika enheter prestationsmässigt ligger i förhållande till andra sjukhus både inom och utom landet för att på den vägen se över möjligheter till förbättringar, något som det verkar som om svensk sjukvård idag försummar.

Husläkarsystem – mänsklig och rationell bas i sjukvården

På den organisatoriska sidan skulle jag försöka bryta ned den väldiga koloss, som ett modernt storsjukhus är, till vad vi inom industrin kallar resultatenheter. Men ovanför dessa

skulle det ändå finnas en gemensam ledning – delarna är ju beroende av varandra och någon måste se till att de olika verksamheterna kuggar i varann. Och brister det någonstans går det ut över helheten.

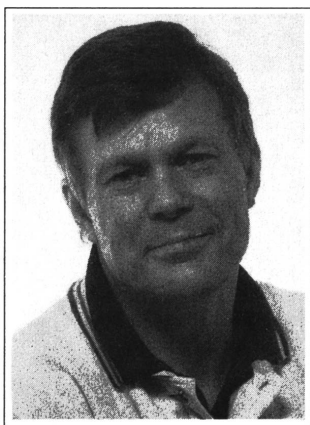
Till sist: Jag har en orubblig tilltro till det som kallas husläkarsystemet. Varje människa borde ha en doktor att prata med, öppna sig för både när det gäller psykiska och kroppsliga problem. Han kan säkert klara det mesta. Men framför allt vet han vart han ska hänvisa sin patient då denne behöver specialistvård av olika grader. Sådant ger trygghet och det ger också möjlighet till en rationell verksamhet inom sjukvårdssystemet totalt.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Också primärvården har mått för att klara prestationslön

Henrik Almkvist

*är chefsläkare vid Sydöstra
sjukvårdsområdet, Stockholms
läns landsting*



Om jag ska gå rätt på sak så tror jag att någon form av incitament är en viktig väg att höja produktiviteten och effektiviteten inom sjukvården, primärvården – den som bedrivs på bl.a. vårdcentralerna – inte undantagen. Pengar är utan tvekan ett väldigt kraftigt incitament som kan läggas ovanpå den drift som är själva basen i våra strävanden: den inneboende viljan att hjälpa medmänniskor som har det svårt och har bekymmer för sin hälsa, genom att ställa diagnos, bota så långt det går, lindra i övriga fall, stilla oro genom att informera.

Ett belöningsystem där prestationerna tillåts påverka en del av lönen får dock inte – och behöver inte – innebära att vi bedriver vården på ett felaktigt sätt, att vi förleds att plocka russinen ur kakan. Det vore ganska snart förödande för de principer som bär upp den svenska sjukvården.

Jag vet att det råder tvivel om att den verksamhet som primärvården bedriver går att värdera i sådana termer som skulle kunna ligga till grund för prestationsersättning. Något ligger det väl i detta, men samtidigt vill jag hävda att det finns tillräckligt mycket substans i de enkla statistikmått som vi har att röra oss med, för att det ska vara fullt möjligt: antalet patientbesök hos olika doktorer och sjukgymnaster t.ex., eller hur många diabetiker en enhet har att ta hand om, hur många hemsjukvårdspatienter det finns inom området, hur stor eller liten beläggning ett primärvårdsområde har på långvården.

En kort förklaring till det sista exemplet. Om ett primärvårdsområde har landstingets lägsta långvårdsutnyttjande har detta både en humanitär och en ekonomisk aspekt: ett bättre liv för patienten och mindre kostnader för samhället. Samtidigt måste man gardera sig för ytterligheter; extremt vårdtunga människor klaras inte i hemsjukvården. Dessutom finns det den kategorin människor som hellre vill vara på ett långvårdssjukhus än hemma.

Yrkesstoltheten främsta korrektivet

Naturligtvis måste ett prestationslönesystem kompletteras med någon form av kontrollsystem – det skulle ju kunna misstänkas att någon slarvar ifrån sig för att få upp volymen. Här tror jag att yrkesstoltheten är det främsta korrektivet, men någon ytterligare form av kvalitetskontroll eller kvalitetssäkring bör övervägas på den medicinska sidan. Hur nöjd patienten är kan ju mätas genom att man ser vilken dragningskraft en viss vårdcentral har, liksom genom enkäter.

Grovt – mycket grovt – kan våra patienter delas in i två kategorier. Först har vi de enkla fallen typ luftvägsinfektioner och småskador, cityakutstypen. De behöver bedömning och behandling, kanske antibiotika, kanske sjukintyg. Den delen går det att arbeta snabbt med och samtidigt hålla hög kvalitet. Men man kan inte arbeta snabbt med den andra kategorin – kontroll av åldringars hälsa, hjärtbesvär, diabetiker. Man kan jobba effektivt men det går inte på fem minuter. Och de här patienterna är ständigt återkommande. För

en del av de här kategorierna — diabetikerna t.ex. — skulle en vårdcentral kunna ha en norm att uppfylla, nämligen att t.ex. ta hand om alla diabetikerna inom området — ett klart och entydigt prestationsmått, enligt min mening. Jag bortser då förstås från de mer komplicerade fall som måste övervakas av specialister på en sjukhusklinik.

Det jag nu sagt om prestationer bör naturligtvis påverka resurstilldelningen till de olika vårdcentralerna, och så långt tror jag att det råder en positiv enighet. Liksom om belöningar till grupper av personal som kan visa på goda resultat i något betydelsefullt avseende eller som gjort mer än vad som är tänkt som norm. Här kan man tänka sig ett slags kollektiv belöning i form av t.ex. studieresor.

Varierande syn på den fackliga sidan

Lite annorlunda ställer det sig när det gäller individuell prestationsersättning även om de individuella lönerna, som började komma för några år sedan, var något av ett trendbrott. På den fackliga sidan tror jag sjuksköterskorna är ljumma. Inom Kommunalarbetareförbundet tror jag det finns delade meningar på så sätt att sjukvårdens fackliga avdelningar är mer eller mindre avvisande, medan andra grupper av Kommunals medlemmar bra nära är uppfödda med ackordssystem — de som borrar i gatan t.ex. — och tycker det är bra. Saco är nog det fack som är mest positivt.

Personligen tror jag på ett system med direkt löneutfall, om man t.ex. klarar av fler patientbesök än som är budgeterat. Men den lönedelen får inte vara för stor, bl.a. för att förhindra missbruk. Kanske ska den kunna uppgå till högst runt 10 procent av lönen. Prestationslönen skulle alla de få del av som berörs av den ökade belastningen — t.ex. genom att man tagit emot fler akutfall än vad som anses vara norm. Alltså inte bara doktorn utan också sjuksköterskor, läkarsekreterare osv.

Patientens fria val

Som bekant gäller inom Stockholms läns landsting att man kan uppsöka vilken vårdcentral som helst. Några större om-

flyttningar har detta inte resulterat i, vilket möjligen – men det tror jag inte på – berott på att reformen är otillräckligt känd. Om det finns en tillräckligt utbyggd primärvård – vilket långtifrån är fallet överallt inom länet – så blir tillgängligheten så stor att det mycket sällan blir anledning att gå över ån efter vatten.

En förlängning av det fria valet skulle i ett sådant utbyggt läge kunna vara att folk fick anmäla sig hos en viss doktor. En distriktsläkare skulle då inte ha ett geografiskt ansvarsområde utan ha ansvar för ett antal individer. Det skulle innebära ett klart incitament för läkaren och hans personal. Patienten har personligen satt sin lit till just en bestämd läkare. Vilket mänskligt sett bör innebära att läkaren anstränger sig extra mycket för att hjälpa.

Ekonomiskt incitament tror jag är möjligt att införa också för omvårdnadssidan på sjukhusen. Det finns ganska lätt-skötta system, där man poängsätter vårdtyngden, och de skulle kunna ge större rättvisa åt dem som arbetar på t.ex. en medicinavdelning som under en period har stor vårdbelastning och måste klara sig utan personalförstärkning.

Jag har tidigare tagit upp patientenkäter som ett sätt att mäta servicegraden och omvårdnadskvaliteten. De ger bra fingervisningar till personalen, ingen tvekan om det och om att de bör utnyttjas. Men det finns en svaghet, och det är att människor ofta är över-positiva. Till saken hör också att betygsättningen hänger ihop med vilka förväntningarna varit. Överträffar vården förväntningarna är den bra. Är den – å andra sidan – otroligt bra, men inte motsvarar förväntningarna, är patienten kritisk.

Och så något om chefsens roll inom primärvården. Där tror jag inte att incitamentsersättning skulle direkt underlätta för honom. Möjligen i ett längre perspektiv, när kantigheterna slipats av. Men den skulle underlätta för honom eller henne att bedriva en effektivare vård, och det är ju det väsentliga.

Svårt att flytta farlig läkare

Det finns en speciell typ av chefsbekymmer som gäller inte bara primärvården utan sjukvården över huvud taget. Det

förekommer ett antal – ett mycket litet antal – doktorer och sjuksköterskor som inte alls fyller sin yrkesroll. Volymmässigt är det alltså ett litet problem, men när det förekommer, kan det ställa till stor skada. Det de presterar kan vara kvalitativt dåligt och ibland farligt för patienterna. Oftast tar problemet alltför lång tid att lösa och det upptar en orimligt stor del av chefens tid.

Ska man bli av med en sådan gravt olämplig person är det nödvändigt att mycket väl kunna dokumentera oskickligheten. Det kräver facket och det kräver rättssystemet. Det är ingenting att säga om, men det borde gå att få fram ett smidigare system utan att rättssäkerheten och liknande kommer i kläm.

En viktig uppgift för en chef inom primärvården är att få personalen att arbeta för samma mål och på ett någorlunda likartat sätt. Det kan finnas rätt stor skillnad i uppfattningarna mellan doktorerna inom en vårdcentral. Den ena lägger vikt vid att akutvården sköts så att ett stort antal människor blir hjälpta. Den andre doktorn tycker att alla hans patienter måste få en högkvalitativ vård i form av långa besök och ett djuplodande i sociala och psykologiska frågor. Här tror jag att det sker en förändring i synsättet och att allt fler kommer fram till uppfattningen att det är viktigt att sköta bägge delarna. Kanske långbesöken blir allt färre till förmån för tätare återkommande besök för de människor man behöver djupare kontakt med.

Får lära oss leva med viss frustration

Naturligtvis har primärvården ansvar för inte bara dem som är inne i besöksrummet utan också för dem som inte får möjlighet att komma dit. Självfallet vore det lyckligast om vi kunde avsätta god tid åt alla patienter. Men när vi nu inte har tillräckligt många doktorer får vi naturligtvis lära oss att leva med en viss frustration, vara tvungna att skynda på en aning. Och vilka yrkesverksamma har det inte så?

Primärvården har en unik roll att spela, när det gäller att förebygga sjukdom. Vi träffar människorna genom en lång rad av år och har på ett naturligt sätt en viss möjlighet till

påverkan. Hälsoarbete handlar till stor del om att påverka livsstilen – ändra vanor som att få folk att sluta röka, att börja motionera på ett klokt sätt, äta bättre, dricka mindre. Till hälsoarbetet hör också att söka förebygga olyckor.

Effekterna av detta arbete går också att avläsa. Någon enhet ovanför vårdcentralerna kan mäta hälsoutvecklingen genom befintliga register – mäta cancerförekomst och förekomsten av höftfrakturer t.ex., olycksfallsutvecklingen och liknande. En sådan återföring av hälsoarbetets resultat är i och för sig stimulerande för personalen och kanske också kan ligga till grund för en mera handfast stimulans.

Inga fria nyttigheter

Inom sjukvården har vi alldeles för lite interndebitering. Alla de tjänster vi beställer i form av prover och undersökningar från röntgen och labb är fortfarande fria nyttigheter. Här måste en ändring till. Kostnader för förbrukningsartiklar belastas vi dock med och det har gjort att vi nu noga tar ställning till vad som ska köpas hem. Vi dömer ut vissa saker och tar in nya istället. Så har vi t.ex. ersatt spolvätskor för sårtvätt med kranvatten, sedan vetenskapliga undersökningar visat att detta är lika bra eller bättre. Och vi spolar öron med ljummet kranvatten istället för steril koksaltlösning, som måste köpas utifrån. Det nya systemet har gjort att vi fått upp ögonen också för tvättkostnaderna – rockarna används lite längre så länge de är fräscha. Städ-kostnaderna har vi dock inte rätt på ännu – våra lokaler anses hänga ihop med fastigheten som helhet och vi sitter fast i ett tveksamt stordriftssystem.

Min positiva inställning till interndebitering gör däremot halt när det gäller för vårdcentralen att stå som beställare till och betala för t.ex. galloperationer och vårdtider för hjärtinfarkt på akutsjukhusen. Där är jag tveksam av två skäl. Dels tror jag inte att detta skulle ha någon ekonomisk effekt, dels tror jag att systemet skulle bädda för viss byråkrati.

Däremot kan jag tänka mig att kommunen kunde vara betalningsansvarig för långvården. Där skulle ett sådant system innebära ett incitament för kommunen att bygga upp en

tillräcklig egen åldringsvård med fungerande hemvård och vård på ålderdomshem, vad de sedan ska kallas. Så kan vården bli bättre och billigare än på långvården.

Det har skett en hel del i effektiviserande riktning inom sjukvården de senaste åren. Jag har tidigare nämnt den individuella lönesättningen. Befogenheter att besluta har flyttats ut allt längre i organisationen. Basenhetschefer – klinikchefer och vårdcentralschefer – har därmed fått betydligt större möjligheter att fatta beslut och att flytta pengar till lämpliga konton. Möjligheterna har dock inte utnyttjats fullt ut i praktiken. Det tar lite tid att vänja sig och därför hänger en del av det gamla tänkandet kvar.

Chefen bör finnas också mitt i frontlinjen

En chef inom sjukvården har i vissa avseenden en helt annan roll än hans motsvarighet i företagsvärlden. Det gäller för honom eller henne att inte bara leda arbetet utan också att arbeta ute i praktiken och föregå med gott exempel. Alltså att gå in och jobba hårt som doktor också. Vara mitt i frontlinjen så att medarbetarna känner att också chefen är med och tar stötarna, delar på bördan och inte bara sitter på kontoret och leder arbetet.

Men för att kunna klara denna dubbelroll måste klinikchefen och hans motsvarighet ha en god administrativ service. Folk som ställer samman lättillgängligt material om läget, personalsituationen, frånvaron, den ekonomiska utvecklingen. Och många av oss behöver nog hjälp i den egna ledarutvecklingen – inte minst betydelsefullt är att träffa kolleger och byta erfarenheter. Att vara basenhetschef kan bli lite ensamt.

Jag vill kort beröra ett område där jag anser att primärvården har en speciell kompetens. Det gäller gränslandet mellan psykiatri och kroppssjukdomar, som bekant en rätt vid terräng. De patienter som söker på enbart psykiska grunder och för psykoser ska självfallet tas emot av den rena psykiatrin. Men en avsevärd andel av primärvårdens patienter är drabbade av livskriser, av depressioner och enklare ångestbesvär och sömnproblem. Patienter i detta gränsland tror jag di-

striktsläkarna har speciella förutsättningar att ta hand om. Och som bekant är påfallande ofta det enkla kroppsliga besvär man söker för inte det enda problemet och inte heller det största problemet.

Alltför mekanistisk syn på sjukvården

I detta sammanhang passar det att påpeka att näringslivsrepresentanter ofta har en starkt förenklad syn på sjukvården. Vilket bl.a. tydligt avspeglar sig när de skaffar sig försäkringar som tillförsäkrar dem möjligheten att snabbt tas in på något privat sjukhus "för att få det hela fixat". Utan att tänka på att det ju bara är en del av de sjukdomar man kan drabbas av som är av den arten att de fixas mer eller mindre mekanistiskt.

Liksom vi inom sjukvården måste gå utanför vår egen landstingsvärld och lyssna, tycker jag det är viktigt, att näringslivets representanter kommer över till oss och får se att också vi har något att lära ut, se våra förutsättningar och varför vi trots allt i vissa avseenden fungerar ganska bra.

Läkarens sak att prioritera

Till sist något om politikerna och sjukvården från min horisont. Positivt är den målstyrning som håller på att vinna terräng. Likaså rambudgetsystemet. Men viktigt är att budgeten finns där när budgetperioden börjar och inte sedan en fjärdedel eller en tredjedel av tiden gått, vilket inte varit ovanligt.

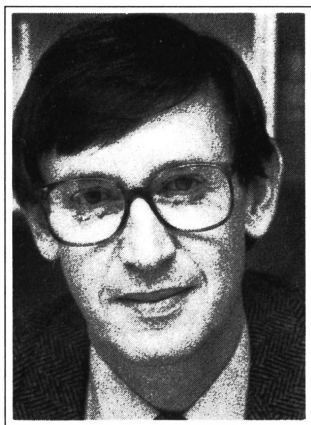
Det finns vidare en alltför stor benägenhet hos politikerna att prioritera. Och då gärna vad som ska prioriteras i första och andra hand. Det är populärt och brukar inte vara så problemfyllt. Men när man kommer till vad som ska göras i femte och sjätte hand kommer svårigheterna – och köerna. Att prioritera inom den givna resursramen är läkarens uppgift, det måste slås fast, och inte politikerns. Läkarens prioritering måste göras med utgångspunkt från en medicinsk helhetssyn. Visst är det bra, att politikerna lär sig genom att besöka kliniker och primärvårdens enheter. Men doktorer och övrig vårdpersonal är duktiga på att påverka politikerna med stor risk för att detaljer lyfts fram och prioriteringen

snedvrids. Detta sägs trots att jag måste erkänna att en viss förbättring i de här avseendena kunnat märkas de senaste åren. Däremot är det politikernas sak att fördela resurserna mellan vårdgrenarna – en nog så viktig roll.

För primärvårdens del och för att få hela sjukvården effektivare behövs en ökad läkartäthet. Vi borde komma fram till målet en distriktsläkare per 2 000 invånare. Kunde en sådan satsning kombineras med en ytterligare datorisering för patientadministration – tidsbokning, kallelse av patienter, kassaterminaler bl.a. – och för journalföring skulle mycket vara vunnet.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Glöm inte bort det längre perspektivet



Claes Örtendahl

är generaldirektör och chef för socialstyrelsen. Han har tidigare varit chef för statskontoret och dessförinnan landstingsdirektör

Naturligtvis måste man hälsa med glädje att duktiga och framgångsrika företagsledare intresserar sig för sjukvårdens problem; de har många synpunkter som det kan vara nyttigt att lyssna till. Vad jag emellertid saknat från deras sida är ett vidare, ett mera strategiskt perspektiv på de här frågorna.

Denna snäva utblick gör mig något förvånad, eftersom jag är säker på att de – när det gäller det egna företaget – ägnar en hel del möda åt strategiska resonemang. Försöker se runt knuten och inte kortsynt strävar att maximera vinsten till närmast stundande bolagsstämma.

Vad de främst och nästan enbart riktar in sig på är den del av sjukvårdens verksamhet som vänder sig till folk i de arbetsföra åldrarna. Självfallet en mycket viktig del, men som jag hoppas ska framgå av det följande, ändå bara en liten del av problemkomplexet. Det intressanta är att om man ser det hela strikt ekonomiskt – vilket man ju egentligen inte kan göra – så märker man att det finns stora vinster att hämta hem på andra håll inom hälso- och sjukvården.

Sjukvården har tre målgrupper

Jag vill för det fortsatta resonemangets skull dela upp sjukvårdens målgrupp i tre ålderskategorier: barn och ungdom utgör den första, de i arbetsför ålder och en bit uppåt den andra och de allra äldsta den tredje gruppen. Alla med många gemensamma men också med speciella behov.

När det gäller vård av barn och ungdom har vi i vårt land varit mycket framgångsrika. Vi har kanske världens bästa förlossningsstatistik och vi har en genomtänkt och på det hela taget väl fungerande förebyggande vård med mödravårds- och barnavårdscentralerna som styrkepunkter. Men ändå går det snett i en del andra avseenden.

Bättre rehabilitering av barn och ungdomar

Vi borde sålunda sannolikt satsa mera på rehabiliterande verksamhet bland barn och ungdomar. Det borde t.ex. vara möjligt att med ytterligare sådana insatser, för exempelvis utvecklingsstörda, åstadkomma att fler kunde leva rikare och självständigare liv. Det säger sig självt att en sådan inriktning, förutom de rent humanitära aspekterna, skulle betyda mycket också samhällsekonomiskt, eftersom alternativet är ett stort och långvarigt insatsbehov.

Tyvärr är det alltså så att många barn och ungdomar far illa i vårt land. Då tänker jag förstås inte främst på skräpmatens kontra brödskevepropagandan, även om dåliga kostvanor på sikt tar sin tribut i form av ökad sjuklighet och dödlighet. Inte heller på rökningen, även om den lasten – och det vet ju alla – är en klar sjukdomsfaktor. Nej, jag syftar på vår oförmåga att bryta det negativa sociala arvet, som i kombination med missbruk kan leda till kroppslig sjuklighet och större eller mindre psykiska besvär.

De vuxna har gott hälsoläge

Så till kategorin vuxna – av vilka de flesta finns ute i arbetslivet. Där kan jag tryggt påstå att hälsoläget på det hela taget är gott och att hälso- och sjukvården väl genomför sin del av uppgiften att ge förutsättningar för ett bra liv.

Problemen inom denna kategori hänger främst samman

med de människor som vi inte förmått ge en bra start vid övergången mellan ungdomen och vuxenlivet. Ett annat stort problem är de skador som arbetslivet skapar. Båda sakerna återkommer jag till.

Stödja, vårda, trösta de gamla

Den tredje kategorin – de riktigt gamla – för dem gäller ett annat synsätt. Här är det sjukvårdens uppgift att stödja, vårda och trösta. Ge stöd så att vi så länge som möjligt kan uppehålla sådana livsfunktioner att det ger ett gott liv. Vårda för att om möjligt återställa livsfunktionerna. Och till slut trösta och lindra för att bl.a. hålla smärtan och oron nere.

Utgångspunkten – en komplex målstruktur

Som jag hoppas framgått är det fråga om en mycket komplicerad struktur av mål för verksamheten i en högst komplex verklighet. Det är alltså inte bara – eller ens främst – fråga om simsalabim-reparationer i läkarens verkstad. Det är mot denna bakgrund man får se reaktionen hos läkare och sjukvårdspolitiker mot förenklade slagord om produktiviteten hos vården. Och då har jag självfallet inte vänt mig mot strävandena till ökad *effektivitet*.

Vi vill att våra barn ska vara friska och starka när de går in i vuxenåldern då vi som föräldrar ska avveckla vårt skydd. De ska kunna möta vuxenperioden utan stora risker. Hur betydelsefullt detta är också ur strategisk ekonomisk synvinkel har jag tidigare berört. Men systemet är långtifrån fulländat. Vad vi i allt för hög grad missar är de signaler som kan uppfattas redan på barnavårdscentralerna och som många gånger förstärks i skolorn. Vi tar inte tillräckligt vara på och samordnar inte den information, de varningssignaler som klingar i olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten och i skolorna. Vi missar möjligheter till rehabilitering som kanske aldrig återkommer, och som i varje fall blir betydligt svårare att genomföra.

Vi har då försummat möjligheten att vrida utvecklingen rätt för den skara av människor med sociala problem som lägger en skugga över en i övrigt ljus bild av en vuxenvärld

med god hälsa. Där finns olycksfågarna, de psykiskt sjuka, missbrukarna av alkohol, tobak och narkotika, ofta med ett tungt socialt arv i bakgrunden.

Ett annat mörkt moln över delar av vuxenvärlden är arbetsskadorna och bland dem får man inte glömma dem som yttrar sig i psykiska besvär. Det fungerar inte bra idag, och sjukvården klarar inte rollen som hjälpgumma. Företagen själva, arbetsmarknadsmyndigheterna, arbetarskyddet, företagshälsovården, frivilliga organisationer och många andra måste ta ett djupare ansvar.

Det samlande greppet hos primärvården

Som jag ser det måste primärvården bli basen för de preventiva insatserna och den måste ges möjlighet att verkligen ta ett samlat befolkningsansvar. Bland medlen här ser jag t.ex. livsstilspåverkande insatser med effekter både i fysiskt och psykiskt avseende.

Jag ska mycket kort beröra ett annat problem – och det hänger ihop med den kritik som med viss frenesi riktas mot sjukvården idag. Det gäller vår förmåga att klara vad man kanske skulle kunna kalla vardagssjukvården. Sett i de perspektiv jag ställt upp är det ofta banala saker. Men de vuxna människor som berörs – och de är många – ska naturligtvis inte behöva bli irriterade över att vi inte logistiskt klarar denna del av sjukvården. Vi är på många håll alltför svaga när det gäller omställning, att möta förändrade behov, korrigera vår apparat för distribution av vård, om ni så vill. Det är dumt. Det är onödigt.

Ett mera svårtacklat problem gäller sjukvården för våra äldsta. Svårtacklat, därför att det så intimt hänger samman med etiska frågor. Vi ser att gamla människor mår dåligt, vilket de ofta gör i livets slutskede. Vi ser att de far illa därför att vi inte själva har tid med dem, inte tid därför att vi är upptagna av att tjäna ihop de skattepengar med vars hjälp samhället ska ta hand om de gamla.

Döma de äldsta offside?

Förmågan att behandla sjukdom gör stora framsteg och där möter vi ett etiskt problem när det gäller våra äldsta. Hur mycket av den medicinska tekniken ska vi sätta in? Jag har inget svar utan vill bara ställa frågorna. I några fall har jag min uppfattning klar och det gäller t.ex. när man har god chans att ge en 75-åring med svåra anginasmärtor en framgångsrik kranskärlsoperation med chans till ett kanske inte särskilt långt men ändå gott liv på andra sidan operationen. Den chansen bör tas. Alternativet är att särställa de äldre, döma dem offside vid någon godtyckligt vald tidpunkt.

Men det finns andra – och mer känsliga – fall. Den lika gamle mannen som kommer in med en massiv hjärtinfarkt, hans tredje. Ska vi nöja oss med att lägga in honom och ge honom medicin så att han med all sannolikhet får dö i fred? Och i frid. Eller ska vi släpa in honom på intensivens, proppa honom full med kablar och slangar från pumpar och elektronik. Köra hela intensivvårdsapparaten för att – om behandlingen råkar bli framgångsrik – rädda honom till ett kort liv fyllt av smärta?

De anförda exemplen får tjäna som belysning av några strategiska problem vi ställs inför. Och om någon inte insett det tidigare bör det inskjutas att denna högspecialiserade vård med insatser av mycket kvalificerad medicin-teknisk apparatur är extremt dyrbar.

Strategiska problem rätt grund för struktur

De problem jag dragit fram från de tre ålderskategorierna i deras kontakter med sjukvården och med andra samhällets institutioner och med samhället i övrigt, speciellt då företagen, vill jag klassificera som strategiska frågor. Jag menar att vi bör tänka på svaren på dessa frågor innan vi ger oss in på hur sjukvårdens struktur ska se ut i det långa perspektivet och innan vi fördjupar oss i distributionssystemet för akut-sjukvården, tekniska lösningar i styrsystem och finansieringsformer, incitamentsmöjligheter och managementsidan över huvud taget.

Ett kärnproblem är naturligtvis resurssidan. Just nu heter

det att mer än 10 procent av BNP får sjukvården inte disponera. Men låt oss – för resonemangets skull – ta ett förenklat exempel. Medicinarna kommer på en metod som kostar en hel del pengar och tvingar upp sjukvårdsandelen av BNP med ett eller annat snäpp. Men den befriar oss från influensan som nu i en enda epidemi kan däcka kanske runt 300 000 arbetsföra i en eller ett par arbetsveckor.

Med det här exemplet vill jag inte ha sagt mer än att ett idiotstopp är ett idiotiskt stopp var helst det sätts in.

Ett annat kan gälla alkoholproblematikerna. Vi har kanske 500 000 i den kategorin i Sverige. Mycket sjukfrånvaro, många förtidspensionärer, mycket skador, stor belastning på sjukvården. Kunde vi genom tidig upptäckt inom primärvården och uppföljningsinsatser sänka den siffran med 50 000 skulle det också från samhällsekonomisk synpunkt bli ett stort steg framåt. För närvarande är vår handlingskraft i stort sett präglad av "låt gå". Läkaren vet att det är en alkoholproblematiker han har framför sig, men gör ingenting. Man hanterar symptomen – magkatarren, ryggsmärtorna, hjärtarytmin, oron. I stort sett likadant är det ofta inom företagshälsovården och på arbetsplatsen. Det är ett vanvettigt slöseri vid sidan om den mänskliga tragiken. Och till det bisarra hör att underlåtenheten ofta förses med humanitära förtecken! "Inte kränka integriteten."

Högre prioritet för förebyggande

Vi måste, som jag ser det, ta mod till oss och prioritera det förebyggande arbetet framför det kurerande i vissa avseenden, för att få resurser att börja arbeta med de här grupperna. Vi måste få ett samspel mellan de olika parterna – inklusive företagen – familjerna och organisationslivet och verkligen tackla de här problemen. Och där bör sambandscentralen ligga i primärvården.

Jag tror att det finns potentiella resurser för sådana här insatser inom primärvården. Inte så att de skulle vara oanvända men de riktas i en del fall åt fel håll. Det finns många goda exempel på hur man greppat sin samverkansroll. I Bohuslän har t.ex. landstinget fått igång en fin regionsamverkan

för att på arbetsplatserna söka hejda dem som är på glid in i alkoholproblem. Där samarbetar flera stora arbetsplatser, flera storföretag som t.ex. SKF, flera stora banker, landstinget självt och kommunerna i egenskap av betydelsefulla arbetsgivare.

Vid sidan av företagen betyder naturligtvis familjerna och skolorna mycket i arbetet på att bryta olyckliga livsstilsmoder. Här kan primärvården stötta bl.a. genom en kartläggning av problemen på lokal nivå så att de kan lyftas upp i ljuset, diskuteras och bli föremål för de rätta åtgärderna.

Primärvård och socialförsäkring måste samverka

Det är olyckligt att socialförsäkringen som fallet är idag tvingas stå vid sidan om. Den bör få möjlighet att samverka med dem som har hand om vården och det förebyggande arbetet. Dess resurser måste komma till bättre användning för sådana här specifika ändamål. Med andra ord: socialförsäkringens resurser måste användas för att förebygga behovet av socialförsäkring!

Hur ska då den struktur som hälso- och sjukvården ska rymmas inom se ut? Den är på väg in i en ombyggnadsfas. Frågan om att helt flytta över äldrevården till kommunerna är ju högaktuell, och i det sammanhanget också vem som ska svara för hela eller delar av primärvården. Med anknytning till det som nyss nämndes kanske det är läge för en ny typ av giftermål: socialförsäkring-primärvård.

Glädjande nog är positionerna inte längre så låsta. Det märks i de överläggningar som socialstyrelsen och Landstingsförbundet för tillsammans med socialdepartementet och där så småningom också läkarna och annan vårdpersonal, kommunförbundet och vissa andra kommer in.

Tre nya modeller

Det är följande tre grundstrukturer som hittills varit aktuella:

I den *ena* ingår socialförsäkringen som styrande part och med relationen socialförsäkring – primärvård som grundläggande inslag.

I den *andra* är det kommunerna som tar hand om primärvården.

Den *tredje*, slutligen, är en utveckling av den nuvarande landstingsmodellen men med inslag av en starkare styrande primärvård.

Vi ska nu närmast försöka se vilka konsekvenserna av de tre modellerna blir, bl.a. med tanke på de strategiska målen jag tidigare nämnt. Sedan de mera slutgiltiga förslagen debatterats räknar vi med att kunna få igång mera avancerade praktiska försök. I dem kommer att ingå olika variationer i större utsträckning än vad vi är vana vid och de kommer att minska graden av ortodoxi inom synen på sjukvården.

Ingen kommersialisering

Jag är angelägen om att påpeka att någon långt gående kommersialisering av sjukvården bör det inte bli fråga om. Spåren från andra håll förskräcker. Förhoppningsvis falska rykten berättar utifrån om kranskärlsoperationer i förebyggande syfte, för att ta ett hårresande exempel, och om att antalet blindtarmsoperationer varierat med hänsyn till amorteringstidpunkterna för villalån. Än tyngre som argument är sannolikt att sjukvården utan budgetrestriktioner leder till en snabbare kostnadsutveckling än vad samhällsekonomin tål. Kommerciellt utvecklad sjukvård har samhället inte råd med.

Min egen uppfattning är att det alltså finns skäl för starka restriktioner mot en utveckling i kommersialiserande riktning, därför att sjukvården inte arbetar på en marknad med en väljande konsument på samma sätt som inom andra sektorer.

Över huvud taget tror jag inte det är någon framkomlig väg att bygga den kvalificerade sjukvården på renodlade företagsmodeller. Det finns två unika drag inom vården som leder fram till den uppfattningen. Det ena är relationen patient–personal. Det andra är den extrema positionen för och vikten av yrkeskunnande, professionalism i vården.

Resursfördelning efter dialoginriktad process

Båda de här dragen måste man ha i minnet också när det gäller strävandena att hos personalen skapa förståelse för de

ekonomiska ramarna inom vården. Läkares och sjuksköterskors begrepp är inte i första hand kronor och vård dagar. De tänker i patienter, diagnoser och vårdens målsättning, människor med andra ord. De är naturligtvis inte ekonomiskt mera släpphänta än andra. Men de måste ges rimliga förutsättningar att vara med och prioritera med målet att ge så god vård åt så många som möjligt inom den givna ekonomiska ramen.

Idag är det så att väldigt många av sjukvårdens resursbeslut fattas uppifrån och ned. Visserligen inbjuds det till en rad diskussioner men lyhördheten i toppen brukar vara ganska svag. Vad jag åsyftar är en mera dialoginriktad process. Då kanske besluten, när de kommer, inte blir så svåra att tyda som de ofta är idag. Och risken minskar att det under resans gång signaleras stopp i maskin eller en häftig kursändring. Vilket idag inte hör till ovanligheterna.

Vad jag tänker mig när det gäller ägarnas-politikernas ramar för ett sjukhus eller en vårdcentrals drift under en viss period — jag ska återkomma till detta med period — är att de inte bara ska uttryckas i kronor. De måste innehålla också en tydligare vilja av vad man vill ha ut. Och jag kan också tänka mig att det finns en styrelse som inte enbart består av politiker, även om allmänintresset måste vara representerat och kanske i majoritet.

Där borde vidare finnas människor med djup insikt i hälsofrågor, folk som känner starkt för patientens intressen och utgör en viktig motpol till producentintresset och vidare har medvetenhet om vårdens etik. Jag kan också tänka mig människor med företagsorganisatorisk läggning eller bakgrund.

Friare händer för sjukvårdschefer

Med de ramar och synpunkter på vårdinriktningen som politikerna gett och med styrelsen som stöd bör sjukvårdschefen ha hyggligt fria händer. Och där närmar jag mig alltså vad en hel del av företagsledarna förordat. Naturligtvis måste det finnas möjlighet för ägarsidan att avläsa hur pass väl målen uppfylls och sedan skyldighet att vidta de åtgärder som behövs. Här kan jag knyta an till detta med periodens längd. Med det nuvarande ettåriga perspektivet kan man bara göra

kortsiktiga anpassningar, inget strategiskt. Här har staten uppträtt betydligt intelligenter än landstingen.

Så över till företagsledarfilosofin så som jag uppfattat den. Här vill jag klart deklarerat att jag inte för ett ögonblick tror att sjukvårdschefen kan driva sitt fögderi så som jag förstår att direktörerna i storbolagen gör och som de tror skulle passa också inom sjukvården.

Eftersom jag till hälften har en militär gradbeteckning i min titel och inte i oträngt mål vill stöta mig med försvaret drar jag mig för att använda beteckningen furirfasoner. Den minsta ansats till ledarskap efter den modellen skulle ta en ända med förskräckelse. Tro inte att en sådan här organisation skulle gå att styra så som man gör med en hedervärd verkstadsindustri.

Få organisationer mer komplexa än sjukvården

Sjukvården präglas som jag tidigare sagt av en extrem professionalism. Nyckelpositionerna bemannas av människor med en mycket lång utbildning – 14–15 år. Verksamheten består av en lång rad processer som hela tiden måste haka in i varandra. Rätt personal, rätt material, rätt tid – och dygnet runt. Det är mycket få organisationer som är mer komplexa. Om vi tar en stor flygplats – ja, då kanske vi börjar närma oss.

En chef för ett sjukhus har låtit oss säga ett 60-tal underställda chefer, alla högprofessionella. Försök att skapa alltför detaljerade styrsystem kan innebära hög risk för att det professionella systemet bryter samman.

Ordervägen inte framkomlig

Låter det uppgivet? Nej, han kan uträtta mycket om han är rätt man. Men inte ordervägen utan genom att få igång utvecklingsprocesser inom organisationen och de skilda kliniker så att alla drar åt samma håll och får en gemensam syn på sjukhusets hela verksamhet. För att underlätta detta måste vissa saker till.

De administrativa stödsystemen måste bland annat förbättras så att kostnaderna per patient är lätt avläsbara liksom

delposterna i behandlingen. De medicinska åtgärdernas konsekvenser i resursavseende — det är naturligtvis ytterst pengar det är fråga om — måste vara avläsbara direkt och hyggligt detaljerat. Hur ska man annars hålla sig på den ekonomiska mattan perioden ut?

Viktigt är att ledaregenskaperna får betyda mer när man tillsätter klinikchefer och avdelningsföreståndare. Tidigare har dessa inte sällan valts på delvis fel grunder. Anciennitet, facklig ställning och vetenskapliga meriter har många gånger gått före ledaregenskaper. På senare år har alltmer hänsyn tagits till ledaregenskaper och det är en väg som vi måste fortsätta på. Annat som måste spela in är samverkansförmåga, så att inte klinikerna framstår som autonoma riken, vilket de definitivt inte kan få vara.

Rätt incitament behövs

Och i detta sammanhang bör också behovet av incitaments-system beröras. På den punkten ställer jag i långa stycken upp på propåerna från företagsledarhåll. Samtidigt måste jag betona hur viktigt — och svårt — det är att skapa riktiga sådana system särskilt i en sektor där det gäller en sådan genuin mjukvara som vård och där det svårämbara förebyggande arbetet betyder så mycket i ett längre perspektiv.

Men när vi får fram bra sådana system — och det får vi — kan de vid sidan om andra positiva effekter hjälpa till att inom t.ex. läkarkåren påskynda en förändring så att ledaregenskaperna betonas starkare.

Nedtecknat av Åke Appelgren

Deltagare vid seminariet

**”Ett företagsledningsperspektiv på sjukvården”
den 24 augusti 1989 i Villa Pauli, Djursholm**

Företagsledare

Hans Brundin, VD, Cerberus

Ulf Edstedt, VD, Ruffi Representantföreningen för
utländska farmaceutiska industrier

Åke Hallman, VD, Apoteksbolaget

Stig Larsson, GD, SJ

Håkan Mandahl, VD, Läkemedelsindustriföreningen

Karl Evert Mosten, vVD, Praktikertjänst

Melker Schörling, VD, Securitas

Christer Spångberg, styrelseordförande, Praktikertjänst

Sjukvårdspolitiker

Per Olov Blom, landstingsråd, Älvsborg, c

Stig Grauers, landstingsråd, Bohuslandstinget, m

Anders Lönnberg, statssekreterare, socialdepartementet, s

Daniel Tarschys, riksdagsman, socialutskottet, riksdagen, fp

Sjukvårdsadministratörer m.fl.

Leni Björklund, VD, Spri

John-Fredrik Dymling, sjukvårdsdirektör, Malmö

Kjell Fridh, direktör, Försäkringskassan, Stockholm

Olle Orava, hälso- och sjukvårdsdirektör, Norrbotten

P-O Ranman, sjukvårdsdirektör, Göteborg

Göran Rådö, sjukvårdsdirektör, Stockholm

Bertil Widman, avdelningschef, socialstyrelsen

Claes Örtendahl, GD, socialstyrelsen

Läkare

Henrik Almkvist, chefsläkare, sjukvårdsdistriktet

Värmdö-Södertörn

Jan Lindsten, professor, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Joakim Santesson, docent, City Akuten

Björn Tengroth, professor, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Forskare

Johan Calltorp, med dr, Socialmedicinska inst, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Paulsson Frenckner, professor, Företagsekonomiska inst, Stockholms universitet

Casten von Otter, professor, Arbetslivscentrum

Inbjudare och värd

Marcus Storch, VD, AGA, styrelseordf, SNS

Seminarieledare

Göran Arvidsson, forskningsledare, SNS

Inledare

Ragnar Beyer, sjukhusdirektör, Akademiska sjukhuset

Bengt Jönsson, professor, Linköpings universitet

Mårten Lagergren, forskare, Karolinska institutet

Douglas Skalin, utredningschef, Landstingsförbundet

Övriga medverkande

Åke Appelgren, redaktör, Spri

Ingemar Eckerlund, utredare, Spri

Stefan Håkansson, utredare, Spri

Sekretariat

Eva Andersson, SNS

Elisabeth Stevrin, SNS

- ☐ För samman hälso- och sjukvården med närliggande delar av socialförsäkring och rehabilitering och se till att helheten blir effektiv!
- ☐ Skilj organisatoriskt på konsument- och producentrollerna!
- ☐ Tillsätt professionella, icke politikerdominerade styrelser för sjukvårdsdistrikt och sjukhus!
- ☐ Inför belöningssystem för personalen!

Det är några av de recept mot vårdkrisen som skrivs ut av företagsledare i den här skriften. De gör det mot bakgrund av sina personliga erfarenheter och diskussioner med sjukvårdsexperten: politiker, sjukvårdschefer, läkare, ekonomer. Förslagen kommenteras av företrädare för "vård-Sverige".

Boken vill stimulera till mera konkreta åtgärder för att komma till rätta med vårdkrisen.

ISBN 91-7150-381-1



9 789171 503817

NS
FÖRLAG