

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Förord | 5 |
| 1 Landstingens ekonomi 1994–2003 | 9 |
| 1.1 Ekonomisk omslutning | 9 |
| 1.2 Resultat och budget | 9 |
| 1.3 Nettokostnadsutveckling | 11 |
| 1.4 Kostnadsutvecklingen i respektive landsting | 15 |
| 1.5 Skattesatser och skattehöjningar..... | 19 |
| 1.6 Pensionsskulden..... | 20 |
| 1.7 Prognoser och utfall..... | 22 |
| 1.8 Reflektioner..... | 23 |
| 2 Kvalitet och produktivitet | 27 |
| 2.1 Kvalitet..... | 27 |
| 2.2 Tillgänglighet..... | 30 |
| 2.3 Hur man mäter | 33 |
| 2.3.1 Ekonomistatistik | 34 |
| 2.3.2 Verksamhetsstatistik | 36 |
| 2.3.3 Kvalitetsstatistik | 37 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.3.4 | Produktivitet och effektivitet | 39 |
| 2.4 | Reflektioner..... | 42 |
| 3 | Intern kultur och ledarskap..... | 45 |
| 3.1 | Intern kultur..... | 45 |
| 3.2 | Ledarskap..... | 47 |
| 3.3 | Reflektioner..... | 49 |
| 4 | Styrning | 51 |
| 4.1 | Styrsystem | 51 |
| 4.2 | Reflektioner..... | 57 |
| 4.3 | Ekonomisk uppföljning..... | 60 |
| 4.4 | Reflektioner..... | 61 |
| 4.5 | Prioriteringar och valfrihet | 62 |
| 4.6 | Reflektioner..... | 63 |
| 5 | Hur landstingen utvecklar effektivitet | 65 |
| 5.1 | Strukturella förändringar | 65 |
| 5.2 | Omstruktureringar och effektivitet | 71 |
| 5.3 | Reflektioner..... | 73 |
| 5.4 | Effektivitet i system och processer | 74 |
| 5.5 | Reflektioner..... | 80 |
| 6 | Avslutande reflektioner | 83 |
| | Litteraturlista..... | 87 |

Förord

Kansliet för samverkan med kommuner och landsting (KOMSAM) inrättades som en arbetsgrupp i Finansdepartementet år 2003. I arbetsgruppens uppdrag ingick bl.a. att aktivt följa utvecklingen i kommuner och landsting, att föra tillbaka kunskap till regeringen och regeringskansliet, att föreslå åtgärder från statens sida samt att vid behov bistå kommuner och landsting med rådgivning.

Bakgrunden till kansliets inrättande var den år 2002 ökande obalansen i kommuners och landstings ekonomi och då särskilt situationen i Stockholms läns landsting.

Kansliet har haft två medarbetare och uppdraget har begränsats till att gälla landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är där de stora underskotten finns – idag dock i väsentligt lägre grad än vid ingången av år 2003.

Vi är dock medvetna om att hälso- och sjukvårdsverksamhet sett som system eller offentligt åtagande inrymmer betydligt fler aktörer än landsting, både kommuner, statliga och privata organisationer. Det framgår när vi i rapporten talar om patientperspektiv, system och processer.

Med landsting inkluderar vi Gotlands kommun och de landsting som kallas regioner. Nästan alla landsting har besökts. Genomgångar har skett med landstingens politiska och tjänstemannaledningar. Ca 200 personer har intervjuats – förtroendevalda, administratörer, läkare och sjuksköterskor. Dokumentation har samlats in och analyserats gällande samtliga landsting.

Kommun- och landstingsförbunden har från och med år 2005 gått samman och heter numera Sveriges kommuner och landsting. Vi använder de gamla beteckningarna, Svenska Kommunförbundet respektive Landstingsförbundet.

Arbetsgruppen avslutar sitt uppdrag med denna rapport, "Iakttagelser om landsting". Begreppet "iakttagelser" är viktigt. I rapporten redovisas iakttagelser rörande styrproblematik och effektivitet i hälso- och sjukvården, men den gör inte anspråk på att vara heltäckande eller ge en fullständig analys.

Exempelvis berör vi inte IT-stöd och IT-utveckling i landstingen, som är både ett hinder och en möjlighet i utvecklingen mot högre effektivitet: Ett hinder i den meningen att tusen blommor har fått blomma mot ett stort antal icke kompatibla system, en möjlighet genom själva teknik-utvecklingen – en tillämpning som vi inte sällan har stött på är t.ex. digital röntgen.

Vi gör inga jämförelser mellan landsting och andra organisationer när det gäller effektivitet. Vi behandlar inte heller eventuella skillnader i effektivitet mellan olika juridiska personer i hälso- och sjukvården. Underlaget har inte räckt till det. Inte heller tar vi upp övergripande frågor såsom om landstingen ska finnas kvar i sin nuvarande form eller inte, vilket organ eller vilken nivå som ska ansvara för hälso- och sjukvård etc. De frågorna behandlas av Ansvarskommittén.

Våra iakttagelser har ofta redan gjorts av andra. För att understryka det och för att peka på att det finns utförligare analyser åberopar vi ibland forskare inom området. Avsikten har därmed inte varit att ge en bild av forskningsläget. Vi tror emellertid att det vore till gagn för utvecklingen av hälso- och sjukvården om forskningsresultat i högre grad kunde integreras i beslutsfattandet.

I rapporten används vi-formen för att markera att det är kansliets medarbetare och inga andra som står för de iakttagelser och reflektioner som presenteras.

Stockholm i februari 2005

Jane Cederqvist

Eva Hjortendal Hellman

1 Landstingens ekonomi 1994–2003

1.1 Ekonomisk omslutning

Den totala nettokostnaden för landstingens verksamhet uppgick år 2003 till 149 miljarder kronor. I de flesta landstingen finns utöver hälso- och sjukvården andra verksamheter såsom kultur och kollektivtrafik. Över 90 % av kostnaderna avser hälso- och sjukvård. Undantag är Stockholms läns landsting där hälso- och sjukvårdens andel (exkl. tandvård) utgjorde 83 % år 2003. Det beror på att Stockholms läns landsting har ansvar för all kollektivtrafik i länet och därmed har mest kostnader utöver kärnverksamheten. Det landsting som har minst andra verksamheter är Uppsala läns. Där utgör hälso- och sjukvården (exkl. tandvården) 94 % av nettokostnaderna.

De tre största landstingen, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, står år 2003 för 36, 24 respektive 18 miljarder kronor, alltså sammantaget för drygt 50 % av de totala nettokostnaderna.

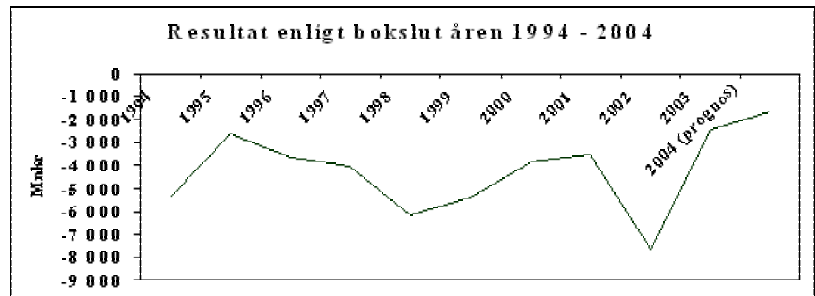
1.2 Resultat och budget

Landstingens samlade ekonomiska resultat har varit negativt under hela perioden. Det minst negativa resultatet förväntas nå 2004 med underskott på endast ett par hundra miljoner.

Stockholms läns landsting står för mer än hälften av underskottet om 7 miljarder kronor år 2002, som är det sämsta

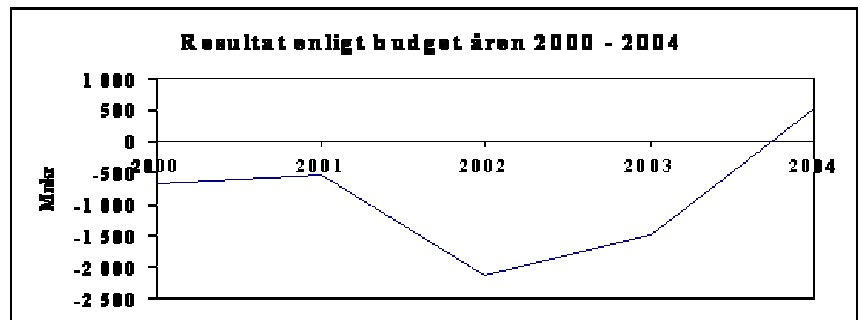
året under perioden. År 2004 förväntas ett överskott på ca 900 miljoner kronor i Stockholms läns landsting.

Diagram resultat åren 1994 – 2004



Landstingens samlade budget har under de senaste åren visat negativa resultat fram till år 2004. Budget för år 2005 visar på ett positivt resultat (+2 110 mnkr).

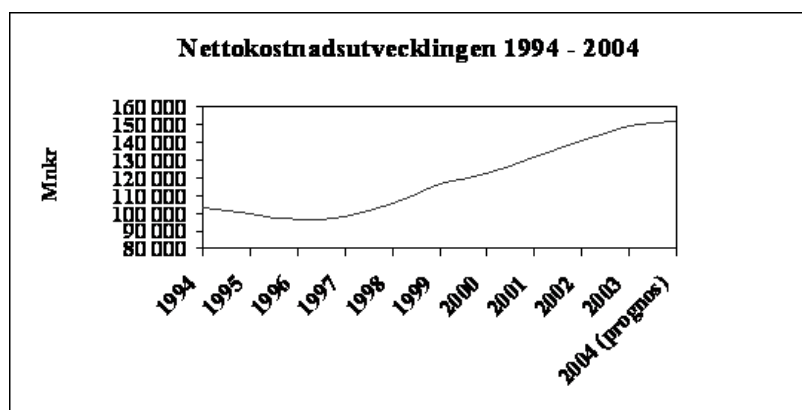
Diagram: budgetresultat åren 2000 – 2004



1.3 Nettokostnadsutveckling

Landstingens totala kostnader i löpande priser har ökat kraftigt under de senaste åren. En del av förklaringen till den höga kostnadsökningen enligt nedanstående diagram är att Malmö och Göteborg inte ingår i beloppen förrän fr.o.m.1998 respektive 1999. Innan dess hade dessa kommuner hand om hälso- och sjukvården. Om man tar hänsyn till detta, men också till andra förändringar under perioden, var enligt uppgift i Landstingsförbundets rapport Kommunernas ekonomiska läge, maj 2004, ökningen över 60 procent .

Diagram: Nettokostnadsutvecklingen i löpande priser



Den högsta kostnadsökningen under perioden har Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Hallands läns landsting.

Hälso- och sjukvårdens totala kostnader 2003, exklusive den omsorg om äldre och funktionshindrade som kommunerna svarar för, uppgick till 209 miljarder kronor. Det motsvarar 8,6 procent av BNP. År 1994 var motsvarande kostnad i löpande

priser ca 125 miljarder kronor och andelen av BNP var 7,6 procent.

Sjukvårdskostnaderna i ett land brukar följa landets BNP. Ju högre BNP ett land har ju mer kostnadskrävande sjukvård anser man sig kunna ha. Tendensen i nedanstående tabell är att den svenska sjukvårdens kostnadsutveckling under de senaste tio åren avspeglar detta förhållande.

Tabell: Hälso- och sjukvårdens andel av BNP och kostnader i löpande priser (mnkr) (Nationalräkenskaperna 1994 – 2003):

| 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 8,0 | 7,6 | 7,5 | 7,7 | 7,6 | 7,7 |
| 123 722 | 125 161 | 133 239 | 139 823 | 142 687 | 151 056 |

| 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 7,7 | 7,8 | 8,1 | 8,5 | 8,6 |
| 160 918 | 170 161 | 183 369 | 199 233 | 209 064 |

(prel. uppgifter 2003) För att se utvecklingstendensen redovisas även 1993.

I uppgifterna ingår förutom landstingens kostnader hushållens konsumtionsutgifter för hälso- och sjukvård samt bruttoinvesteringar. Även utgifter för tandvården ingår i ovanstående tabell.

Tabellen visar att hälso- och sjukvårdens kostnadsandel av BNP har minskat under mitten av 1990-talet, för att därefter åter öka. Minskningen förklaras av att den låga tillväxten i landet medfört besparingar i den offentliga ekonomin.

Samma utveckling visar nedanstående tabell som anger landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård i löpande respektive fasta priser.

Tabell: Landstingens nettokostnader (mnkr) för hälso- och sjukvård i löpande, respektive fasta priser

| 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 82 222 | 82 574 | 85 073 | 88 023 | 93 374 |
| 121 801 | 115 944 | 113 443 | 112 861 | 117 144 |
| 118 748 | 113 998 | 113 314 | 112 861 | 117 144 |

| 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 99 082 | 105 666 | 113 563 | 125 518 | 133 313 |
| 120 451 | 123 160 | 126 422 | 130 789 | 133 313 |
| 120 451 | 123 160 | 126 422 | 130 789 | 133 313 |

Rad 1 visar löpande priser. Det löpande priset för 1994 är justerat efter senare redovisningsprinciper. Verklig nettokostnad är 91 024 mnkr. Rad 2 visar fast pris i 2003 års nivå. Rad 3 visar fast pris i 2003 års nivå där de verksamheter som överlämnats till kommunerna fr.o.m. 1995 rensats bort för hela perioden.

Utvecklingen för hälso- och sjukvården följer i stort samma utveckling som landstingens totala nettokostnadsutveckling. Undantagen kan många gånger förklaras av de justeringar i bokföringen som gjorts mellan åren i samband med bokslut.

Kostnadsutvecklingen totalt, för hälso- och sjukvård samt per invånare för hälso- och sjukvård redovisas per landsting i Bilaga 1.

Totalkostnaden för landstingens hälso- och sjukvård ökade under perioden 1994 – 2003 med 62 procent i löpande priser vid justering av 1994 års nettokostnad. I fasta priser har kostnaderna under perioden ökat med 9,5 procent. Efter justering p.g.a. reformer under perioden kan ökningen i fasta priser anges till

12,3 procent. Fast pris har beräknats med hjälp av ett verksamhetsindex, där man justerar för löne- och prisutvecklingen i landstingen. Verksamhetens kostnader justerade med hjälp av detta index återspeglar då i princip volymförändringarna. Under perioden ökade löner och priser i landstingen med ca 45 procent. Som jämförelse kan nämnas att KPI ökade med 12 procent. Merparten av kostnadsökningen i löpande priser kan alltså förklaras av ökade löner och priser. Landstingsanställdas löner har stigit snabbare än genomsnittet för hela arbetsmarknaden.

Väsentligt att notera är att kostnaderna under perioden har förskjutits alltmer från vård mot läkemedel. Läke-medelskostnaderna i fasta priser mer än fördubblades under 1990-talet. År 2003 uppgick de till 26 miljarder kronor, varav kostnader enligt den s.k. läkemedelsförmånen uppgick till ca 19 miljarder kronor. Läke-medlens allt större andel av sjukvårdskostnaderna kan ses som att dessa minskat utrymmet för övriga delar av vården. Å andra sidan har läke-medlen tagit över alltmer av det som tidigare har varit traditionell vård. Flera sjukdomar och besvär som tidigare förutsatte operationer kan i dag botas med hjälp av mediciner. Läke-medlen har därmed i många fall inneburit effektiviseringar, färre vårddagar och samhällsekonomiska vinster.

Under de senaste åren har kostnadsökningstakten för läke-medelsförmånen avtagit. Prispressen inom området har påverkat utvecklingen. Apoteken byter automatiskt ut dyrare läke-medel mot billigare, likvärdiga läke-medel samtidigt som patent har gått ut. Läke-medelskommittéerna har också med gott resultat informerat läkarna om billigare alternativ. Läke-medelskostnaderna inom slutenvården har dock ökat kraftigt, bland annat därför att vissa landsting överfört läke-medel för patienter med behov av mycket mediciner från läke-medelsförmånen till slutenvården. Totalkostnaderna för läke-medelsförmånen och läke-medlen i slutenvården har enligt Landstingsförbundet ökat med en procent mellan 2002 och 2003.

En annan effektivisering av vården är att patienter, som tidigare behandlades inom slutenvård på sjukhus i dag behandlas

inom den öppna vården. Patienterna kan därmed vara kvar i det egna hemmet eller i särskilt utformade boendeformer, som kommunerna svarar för. Detta har inneburit lägre vårdkostnader för landstingen och i många fall också totalt lägre samhällskostnader. Utvecklingen är särskilt tydlig vad gäller vården av äldre patienter.

En stor del av de besparingar som skett i landstingen genom de ändrade vårdformerna har dock ianspråktagits av allt mer kostnadskrävande, men effektivare behandlingar, vilka blivit möjliga genom den medicinska utvecklingen. Inte minst har detta kommit den äldre befolkningen till del.

Personalkostnaderna är den största kostnadsposten i landstingens driftbudget. Dessa kostnader har också ökat kraftigt under perioden. Löner och övriga kostnader för personal inom hälso- och sjukvården uppgick 2003 till nära 70 miljarder kronor.

Antalet årsarbetare i landstingen har sedan 1994 minskat med 16 500 årsarbetare till 238 932. Antalet årsarbetare var som lägst 1996 med ca 211 000. Antalet anställda var ca 265 000 år 2003, en minskning med drygt 40 000 sedan 1994. Organisatoriska förändringar och kraftiga besparingar har skett under perioden. I och med att hälso- och sjukvården för Malmö och Göteborg fördes till landstingen 1998 respektive 1999 ökade antalet anställda med drygt 20 000.

Ca 85 procent av de månadsavlönade i landstingen arbetade 2003 inom hälso- och sjukvården. Numera är 74 procent av de anställda heltidsanställda mot bara 57 procent 1994. Under perioden har andelen högutbildade ökat kraftigt. År 2003 utgjorde sjuksköterskornas andel av de månadsavlönade 31 procent och läkarnas 10 procent.

1.4 Kostnadsutvecklingen i respektive landsting

Det landsting som har den högsta nettokostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård, under perioden 1994 – 2003 är Västmanlands läns landsting med en ökning på 68 procent (löpande priser). Därefter kommer Kronobergs läns

landsting med 58 procent. Norrbottens läns landsting har bara ökat sina kostnader under samma tid med 30 procent och Värmland med 33 procent. Den genomsnittliga ökningen under perioden har varit 47 procent. Som jämförelse kan nämnas att de tre största landstingen, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne har ökat med 56 procent, 46 procent respektive 43 procent.

Västmanlands läns landsting har haft en hög kostnadsutveckling ända sedan 1995, högre än genomsnittet. Kronobergs läns landsting har inte haft en lika jämn kostnadsutveckling. De ligger över den genomsnittliga kostnadsökningen i mitten av 1990-talet och i början av detta decennium. Däremellan har de en kostnadsökning under genomsnittet.

Västmanlands läns landsting har sedan 2003 arbetat kraftfullt för att reducera kostnaderna genom besparingar och annan styrning av verksamheten. Kronobergs läns landsting hade under 1990-talet stora ekonomiska bekymmer som de klarade med hjälp av skattehöjningar, besparingar och en bra finansförvaltning. Skatten höjdes med 50 öre 2000 och därefter sänktes den med 25 öre 2001 respektive 2002 (enligt beslut i samband med höjningen). Budgeten för 2003 var dock underfinansierad med 40 miljoner kronor. Bokslutet för 2003 visade ett ännu större underskott, -68 miljoner kronor. Budget för 2004 innebar ett visst överskott, medan prognosen vid årets slut pekar mot ett underskott på drygt 110 miljoner kronor. I budget för 2005 höjs skatten med 41 öre.

Uppsala läns landsting hade 1994 hälso- och sjukvårdskostnader per invånare som låg drygt 4 procent över medelkostnaden i landstingen. Enligt bokslutet 2003 låg deras kostnader 8 procent lägre än medelkostnaden per invånare. Uppsala har de senaste åren haft en relativt hög kostnadsutveckling, medan ökningen i början av perioden var dämpad.

Skatten höjdes med 30 öre inför 2000 och med 75 öre inför 2003. Bokslutet redovisar ett överskott med 190 miljoner kronor 2003, vilket dock är en effekt av skattehöjningen som gav 300 miljoner kronor. Budgeten för 2004 beräknades ge ett

överskott med 86 miljoner kronor. Resultatet förväntas bli +9 miljoner kronor. Det är Akademiska sjukhuset som orsakar budgetdifferensen. Nästan hela landstingets verksamhet återfinns där, 8 000 av totalt 11 000 anställda är placerade på Akademiska sjukhuset.

Norrbottens läns landsting har nettokostnader per invånare för hälso- och sjukvården över medelvärdet under hela perioden. Nettokostnaderna låg 18 procent över medel 1994 men sjunker till 11 procent över medel 2003. Stockholm ligger 2003 inte lång efter, vilket drar upp medelkostnaden. Norrbotten har den klart lägsta landstingsskatten. Den har inte höjts en enda gång under hela perioden. Man planerar heller inga skattehöjningar. Resultatet år 2004 förväntas ge ett underskott om ca 50 miljoner kronor. Kommunerna i länet har höga skattesatser, vilket påverkar beslutet om oförändrad skatt i landstinget. Man anser också att en skattehöjning bara tillfälligtvis löser de ekonomiska problemen. I Norrbotten arbetar man parallellt med strukturfrågor och en effektivisering av produktionen. I 2002 års bokföring ingår 180 miljoner kronor från Kommundelegationen. Bidraget fick landstinget för att möjliggöra en ekonomi i balans 2002. Regeringen beviljade bidraget under förutsättning att bruttokostnadsnivån sänktes med 238 miljoner kronor i förhållande till 1999 års nivå.

Nettokostnaderna per invånare i Värmlands läns landsting har ökat klart mindre än i andra landsting. Värmland är ett av de landsting som sökte och fick bidrag från Kommundelegationen. Här är intressant att studera utvecklingen under åren före och efter utbetalningen av bidraget och vad som sägs om framtiden. Statens villkor för att ge landstinget bidrag från Kommundelegationen, 170 miljoner kronor, var en ekonomi i balans och att kostnaderna skulle ha reducerats med 200 miljoner kronor i förhållande till bruttokostnaderna i bokslutet 2000. Villkoren var uppfyllda i 2002 års bokslut och bidraget utbetalades 2003. Resultatet inklusive bidraget från staten blev +251 miljoner kronor 2002. Resultatet för 2004 beräknas i slutet av året bli ett betydligt mindre underskott än vad prognosen i augusti pekade

mot. Verksamheterna beräknas bidra till resultatet med ca 40 miljoner kronor.

De nya reglerna om god ekonomisk hushållning i kommuner och landsting som ska tillämpas första gången för räkenskapsåret 2005 ger möjlighet att fastställa en budget som inte är i balans om det föreligger synnerliga skäl. Synnerliga skäl kan vara att en kommun eller ett landsting har en stark finansiell ställning eller större omstruktureringsåtgärder med åtföljande engångsvisa kostnader. Budgeten för Värmlands läns landsting är underbalanserad med 92 miljoner kronor 2005, ett nollresultat beräknas för 2006. Först fr.o.m. 2007 förväntas ett positivt resultat. Landstinget planerar starta ett effektiviseringsarbete för att hitta åtgärder för att reducera kostnaderna med syfte att undvika att resultatet för 2006 ska visa underskott. Yttre strukturförändringar vad gäller sjukhusen eller besparingar enligt osthyvelprincipen anges inte var aktuella eller möjliga. Vad Värmland åberopar för skäl till att ha en underbalanserad budget framgår inte. Kommundelegationen lyfte fram att det var viktigt med ett politiskt samförstånd i förändringsprocessen. Värmlands läns landsting har vissa problem med att få till stånd gemensamma lösningar över partigränserna.

Stockholms läns landsting har ingen anmärkningsvärt hög nettokostnadsutveckling under den sammantagna perioden. Nettokostnaden för hälso- och sjukvård per invånare är år 2003 dock nästan i nivå med Norrbottens läns landsting. År 2002 var underskottet i Stockholms läns landsting som störst, - 4 564 miljoner kronor. I bokslutet för år 2003 hade underskottet reducerats till -1 787 miljoner kronor. Verksamheten för 2003 kunde tillgodogöra sig den kraftiga skattehöjningen på 1,30 skattekröner. Utfallet 2004 beräknas ge ett positivt resultat med ca 900 miljoner kronor. Stockholms läns landsting har systematiskt försökt att förbättra resultatet de senaste åren, förutom med hjälp av skattehöjningar genom strukturella åtgärder och rationaliseringar. Bidrag för omstruktureringskostnader har utgått från staten med 200 miljoner kronor år

2004. Löfte finns om ytterligare 200 miljoner kronor år 2005, förutsatt att landstinget kan minska bruttokostnaderna.

Västra Götalandsregionen har ökat sin nettokostnad under perioden per invånare för hälso- och sjukvård med 44 procent, nästan exakt lika mycket som Stockholms läns landsting. Regionens nettokostnader 2003 ligger dock långt under Stockholms och även under medelvärdet. Resultatet för år 2004 förväntas ge ett underskott på ca 360 miljoner kronor, vilket framför allt förklaras av vikande skatteunderlag och indragna statsbidrag. De senaste åren har nettokostnadsutvecklingen varit låg jämförd med andra landstings utveckling.

1.5 Skattesatser och skattehöjningar

Skattesatserna är olika över landet. Den högsta skattesatsen har Stockholms läns landsting med 12,27 kronor. Den lägsta skatten har Norrbottens läns landsting, 9,42 kronor.

Vid justering av skattesatsen för olikheter i ansvarsområden är det under 2004 fortfarande Stockholms läns landsting som ligger högst i skatteskalen, medan Västerbottens läns landsting ligger lägst. Västerbottens läns landsting har beslutat höja skatten med 80 öre för att få sin ekonomi i balans 2005. Därmed delar Norrbottens läns landsting och Sörmlands läns landsting platsen som de landsting som har lägst skatt efter justering. Även Kronobergs läns landsting och Västra Götalandsregionen har fattat beslut om höjd skatt i 2005 års budget, 41 öre respektive 20 öre.

I de fall man inte ser någon framkomlig väg att minska verksamhetskostnaderna genom strukturförändringar och inre effektivisering eller att dessa förändringar tar för lång tid innan effekt uppnås kan alternativet vara att höja skatten. I Bilaga 2 ses de skattesatser som har gällt för respektive landsting fr.o.m. 1994 och landstingens resultat. Resultaten är korrigerade efter de bokföringsregler som nu gäller, dvs. enligt den kommunala redovisningslag som gäller fr.o.m. 1998. Landstingsförbundet anger i uppgifter om landstingens samlade resultat i bl.a.

Kommunernas och landstingens ekonomiska läge, november 2004, andra resultat än enligt bilagan. Förklaringen är att Landstingsförbundet där har redovisat skatteintäkterna med en annan periodisering än vad landstingen själva gör. Dessa uppgifter finns inte per landsting. Därför har vi valt att redovisa resultatet med de skatteintäkter som de enskilda landstingen har uppgivit för respektive år.

Några landsting har påpekat att en höjd skatt ofta bara är en tillfällig lösning. Ökningen ger inte någon hållbar ekonomisk utveckling. En skattehöjning är, såsom många påpekat, liksom oväntade statsbidrag, svår att hantera när man försöker få en effektivare verksamhet. Vid en höjning förväntar sig både personal och invånare möjligheter till utveckling och förbättrad kvalitet samt även mer personal och högre löner. Uppgifterna i Bilaga 2 om landstingsskatt och utfall 1994 – 2004 visar ganska klart att så är fallet.

Ett mönster kan ses i det att man höjer skatten, har en ekonomi i balans i ett eller två år för att sedan åter vara i obalans. Det gäller landstingen i Uppsala, Sörmlands, Kalmar, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Dalarnas, Gävleborgs och Väster-norrlands läns landsting. Undantag från mönstret är Västra Götalandsregionen, som efter sin skattehöjning år 2001 haft överskott tre år i följd och Jämtlands läns landsting, som efter flera skattehöjningar har ekonomin i balans.

1.6 Pensionsskulden

När bedömning av landstingens ekonomi ska göras måste också uppgifter om den samlade pensionsskulden som tjänats in före 1998 tas med. I enlighet med vad lagen föreskriver redovisas inte denna skuld i den s.k. blandmodellen. Endast utbetalningen av dessa pensioner ska redovisas som kostnader i resultaträkningen. Pensionsförpliktelsen visas bara som en ansvarsförbindelse. Östergötlands läns landsting är det enda landsting som beaktar de verkliga kostnaderna i sin resultaträkning.

Dessa icke redovisade kostnader uppgår till följande belopp enligt bokslut 2003.

Tabell: pensionsskulden 2003

| Milljoner kronor | | | | |
|--|--|------------------------|--|---------------------|
| Landsting | Personer inom linjen (bokslut 2003) | därav löneskatt | Pension i % av nettokostnaderna | Eget kapital |
| Stockholm | 16 832 | 3 400 | 46 | -1 931 |
| Uppsala | 2 991 | 726 | 69 | 1 498 |
| Sörmland | 3 004 | 587 | 76 | 1 317 |
| Östergötland | .. | - | .. | .. |
| Jönköping | 3 679 | 718 | 73 | 2 241 |
| Kronoberg | 2 179 | 425 | 82 | 1 029 |
| Kalmar | 2 901 | 566 | 77 | 1 227 |
| Blekinge | 2 111 | 412 | 83 | 1 427 |
| Skåne | 12 650 | 2 470 | 70 | -1 052 |
| Halland | 2 548 | 438 | 62 | 2 569 |
| Västra Götaland | 17 574 | 3 431 | 73 | 1 533 |
| Värmland | 3 874 | 756 | 89 | 769 |
| Örebro | 3 898 | 761 | 87 | 680 |
| Västmanland | 2 961 | 578 | 68 | 796 |
| Dalarna | 3 580 | 699 | 78 | 344 |
| Östergötland | 3 698 | 755 | 79 | 1 461 |
| Västernorrland | 3 453 | 674 | 81 | 1 330 |
| Jämtland | 1 727 | 337 | 78 | 640 |
| Västernorrland | 3 766 | 735 | 88 | 1 684 |
| Norrbottnen | 3 735 | 729 | 84 | 2 441 |
| Summa landsting 1) | 102 258 | 20 193 | 69 | 23 773 |
| 1) Summan beräknad enligt blandmodellen för samtliga | | | | |
| Östergötland enligt fullförordningsmodellen | 0 | 0 | | |

Som framgår av tabellen varierar beloppen kraftigt. Intressant är att studera skulden i förhållande till nettokostnaderna. Värmland är det landsting som har den högsta andelen pensionsskulder, 89 procent, men flera andra landsting har också höga pensionsskulder i förhållande till nettokostnaderna. Stockholm läns landsting har en skuld som uppgår till nästan 17 miljarder kronor. I förhållande till nettokostnaden är skulden dock relativt låg, bara 46 procent. Vid jämförelse med det egna kapitalet ser

läget sämre ut. Både Stockholm och Region Skåne visade ett negativt eget kapital 2003.

Eftersom pensionskulden får effekt på resultatet när pensionerna betalas ut, är det först på sikt som dessa påverkar resultatet. Landstingen har en personal med hög medelålder, hälften av de månadsanställda var över 45 år 2003¹. I Stockholms läns landsting fanns det mer än 3 000 anställda över 60 år (Sjukvårdsdata i fokus, Landstingsförbundet). Det dröjer därför inte länge innan dessa kostnader ger effekt på landstingens ekonomi. Inte alla landsting verkar beakta detta faktum i sin planering. Vårt intryck är att långt ifrån alla landsting har kontroll över vilka år som dessa pensionskostnader kommer att utfalla samt med hur mycket. Exempel på ett landsting som har full kontroll är Västra Götalandsregionen. Kronoberg avsätter medel varje år för att klara dessa framtida pensionskostnader.

1.7 Prognoser och utfall

Uppgifterna om prognoser och utfall mellan åren 2000 och 2004 ger ingen klar bild av hur prognoserna avspeglar utfallet.

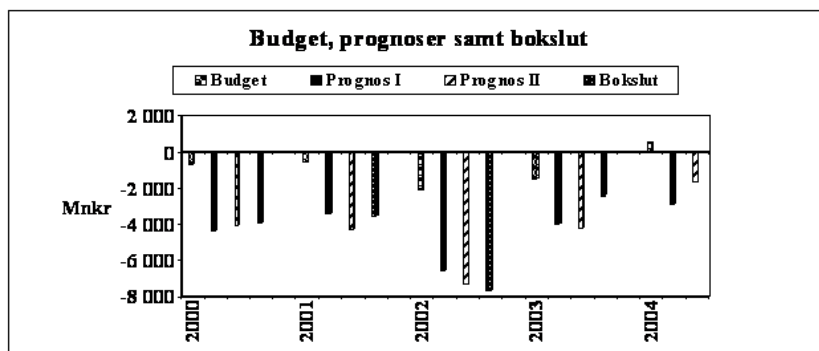
Det summerade utfallet för samtliga landsting påverkas naturligtvis mycket av hur det går för de tre största landstingen, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Vissa år kan man anta att man varit medvetet överoptimistisk i sin bedömning under årets två prognoser. I andra fall kan man förstå att kraftiga sparåtgärder satts in eller att kostnadsutvecklingen dämpats av andra skäl. Budgetresultatet verkar inte ha varit särskilt styrande för landstingens ekonomiska styrning.

Många gånger sammanställer landstingen uppgifter från lägre nivå utan att göra ytterligare analyser eller beräkningar. Samma sak gäller också när landstingens uppgifter samlas in på riksnivå. Det innebär att om kvaliteten på prognosen inte är hög från början följer bristerna med ända upp på riksnivå.

¹ Landstingsanställd personal 2003, Landstingsförbundet

I diagrammet nedan visas budget, prognoser och utfall 2000 - 2004 totalt för landstingen och i Bilaga 3 finns motsvarande uppgifter för varje landsting.

Diagram: Budget, prognoser samt bokslut



1.8 Reflektioner

- Underbalanserade budgetar är en klar garanti för underskott i ekonomin.
- Kostnadsökningen indikerar styrproblem i landstingen, men också att efterfrågan på sjukvård ökar allteftersom sjukvården genom nya behandlingsmetoder klarar av mer. Den ökade användningen av läkemedel är ett exempel på detta.
- Resultatförbättringen 2004 tror vi i hög grad beror på landstingens ökade ansträngningar för bättre kontroll och bättre ekonomisk uppföljning. I enstaka fall kan strukturförändringar vara förklaringen och ibland är en ökad inre effektivitet en bidragande orsak.

- Potentialen för att få ut mer verksamhet av tillgängliga resurser är sannolikt mycket stor och bör tillvaratas – i ett senare avsnitt har vi bedömt att utrymmet är minst 30 miljarder kronor. Även om man skulle lyckas tillvarata det utrymmet tror vi att hälso- och sjukvården på sikt bör prioriteras högre och tilldelas mer resurser för att ny teknik och nya behandlingsmetoder ska kunna tillvaratas.
- Mer resurser till landstingen bör ses mot bakgrund av de goda samhällsekonomiska effekterna av hälso- och sjukvården. Om detta är inte mycket skrivet. Ett undantag är SNS:s nyligen utgivna rapport, ”Hälsa, vård och tillväxt”², som lyfter fram just detta.
- Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet som kräver långsiktighet och stabila förutsättningar. Omvärldsförändringar som inte landstingen kan förutse eller påverka inträffar ibland. År 2004 gällde det sviktande skatteunderlag och plötsligt indragna statsbidrag. Västra Götalandsregionen, som har en mycket god kostnadskontroll och sjunkande kostnader, är ett exempel på hur sådana omvärldsförändringar påverkar ett landstings ekonomi. Landstingen bör ha en buffert för oförutsedda händelser av detta slag.
- Exemplet Norrbotten och Värmland indikerar att särskilda bidrag från staten ger tillfälliga men inte varaktiga effekter.
- Inte heller skattehöjningar förefaller vara en lyckad väg för att få ekonomin i balans. Andra, för förtroendevalda och anställda mer krävande sätt torde ge bättre och mer långsiktigt hållbara resultat. Vi tänker då i första hand på effektiviseringar av verksamheten.

² Valfärdspolitiska rådets rapport 2004

- Vi uppfattar pensionsförpliktelserna före 1998 som ett orosmoment när det gäller den framtida ekonomin. Alla landsting bör skaffa sig kontroll över detta. I Västra Götalandsregionen vet man utfallet av pensionsförpliktelserna varje år fram till år 2020 och i Kronoberg avsätter man medel varje år för att möta de framtida pensionskostnaderna.
- Budgeten ska vara ett – av flera – styrinstrument. Det gäller även prognoserna under året. Att det finns underbalanserade budgetar samt den stora diskrepansen mellan budget, prognoser och utfall pekar mot behov av att förbättra kvalitet och styrning.

2 Kvalitet och produktivitet

Vi har frågat oss vad man menar med begrepp som kvalitet och produktivitet inom hälso- och sjukvården, vad man vet om kvaliteten och produktiviteten i vården och hur man gör för att följa upp utvecklingen.

Vår genomgång nedan gör ingalunda anspråk på att vara fullständig. Men enbart den mängd försök att definiera och mäta som vi har lyckats identifiera vittnar om att man inom hälso- och sjukvården fortfarande är i ett slags trevande skede när det gäller att få grepp om verksamheten.

2.1 Kvalitet

Det finns inget heltäckande mått som kan ge ett samlat svar på hur kvaliteten inom hälso- och sjukvården är eller utvecklas.

Socialstyrelsen definierar kvalitet i sina föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården som ”alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller en företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov” (SS-ISO 8402, 1994). Det kan också enligt de allmänna råden uttryckas så att rätt saker görs på rätt sätt. Begreppet kvalitet anges också omfatta patientsäkerhet.

Landstingsförbundet har utvecklat en kvalitetssyn som finns i instrumentet QUL där kvalitet definieras som teknisk kvalitet, organisatorisk kvalitet och kundkvalitet.

Socialstyrelsen lämnade i december 2000, enligt direktiv från regeringen, förslag på ett 60-tal övergripande indikatorer för

kvalitetsuppföljning av centrala verksamheter i hälso- och sjukvården. Dessa kvalitetsindikatorer, som är samlade mått på struktur, process och resultat behövs för att följa upp verksamheten, identifiera brister och återföra kunskap. Fyra aspekter har varit utgångspunkter för att identifiera och föreslå kvalitetsindikatorer: Vårdkvalitet, tillgänglighet, patientens upplevelse samt god hälsa för hela befolkningen. De nationella kvalitetsregistren och registren vid Epidemiologiskt centrum ligger i huvudsak till grund för kvalitetsindikatorerna.

Organisationsfrågor som framför allt berör strukturkvaliteten diskuteras mycket i landstingen, eftersom många landsting genomför eller står inför att genomföra strukturella förändringar i syfte att höja kvaliteten i vården. Processkvaliteten togs vid våra intervjuer upp i form av tillgänglighet, bemötande och personalläge, men inte så mycket i form av organisation av arbetet, adekvata rutiner eller andra vägar att nå eller mäta inre effektivitet.

Vid intervjuerna nämndes ofta patientsäkerhet och framför allt intervjuade läkare framhöll att det här finns mycket att göra. De ser flygets system som en förebild för säkerhet.

De landsting, sjukhus och vårdcentraler som systematiskt och medvetet arbetar med att förbättra den inre effektiviteten har upptäckt att högre vårdkvalitet ger lägre kostnader.

Detta finner man ibland stöd för i egna mätningar – Jönköpings läns landsting talar om kvalitetsbristkostnader - och i en artikel i *the Economist* i juli 2004, vilken hänvisar till en rapport publicerad av America's Institute of Medicine. Enligt denna rapport orsakar medicinska misstag enorma kostnader. Även Socialstyrelsen och Landstingsförbundet uppmärksammar problemet.

Frågor om patientsäkerhet har kommit att uppmärksammas alltmer och internationella studier visar att problemet är omfattande. I en dansk studie från 2001 visas att en vårdskada i genomsnitt innebär att den drabbade patienten måste vårdas sju extra dygn på sjukhus.³

³ Landstingsförbundet, "Hur gör vi vården säkrare för patienterna?", 2004,

Kvalitetsbrister i läkemedelanvändningen lyfts också fram när man talar om vårdens kvalitet. Studier visar att många inlagda patienter behandlas för läkemedelsbiverkningar eller felbehandlingar. Framför allt äldre som ordinerats många olika mediciner ingår i denna patientgrupp. Många landsting tar upp problemet med att de inte får del av apotekens uppgifter om vilka läkemedel patienterna har löst ut.

Kronobergs läns landsting har som ett av de första infört en landstingsgemensam läkemedelslista. Det innebär att varje patient har en läkemedelslista som patientens samtliga vårdgivare har åtkomst till. Det medför en ökad säkerhet för patienten och lägre kostnader för landstinget.

Regeringen lämnade i februari i år propositionen "Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet".

Bla. Landstingsförbundet följer utvecklingen inom sjukvården på ett övergripande plan. Enligt förbundets rapport, Utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård (2004) behandlas allt fler patienter och detta med bättre resultat än tidigare. Höft- och knäledsoperationer för patienter över 85 år har tredubblats på tio år, antalet starroperationer har ökat från 30 000 år 1990 till 82 000 drygt tio år senare, spädbarnsdödligheten halverades under 1990-talet och fortsätter att minska och överlevnaden i cancersjukdomar och efter hjärtinfarkter har ökat.

Enligt Svenskt Kvalitetsindex minskade dock patienternas tillfredsställelse med den öppna sjukvården mellan 2002 och 2003, men ökade igen under 2004. Servicekvaliteten upplevs vara lägre än den tekniska kvaliteten⁴. Likaså uppges att antalet Lex Maria- ärenden, allvarliga skador, sjukdomar eller tillbud som inrapporterats till Socialstyrelsen har ökat 2003 i förhållande till de två föregående åren. Skadorna inom psykiatrin har emellertid kraftigt minskat. Antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsnämnd har ökat 2003. En ökning har också skett av anmälda patientskadeärenden (Regeringens budgetproposition för 2005).

⁴ Hälso- och sjukvård, Lägesrapport 2003, Socialstyrelsen

2.2 Tillgänglighet

Från patientens synvinkel är även vårdens tillgänglighet ett mått på kvalitet. Hälso- och sjukvårdslagen anger att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd om det inte kan anses vara klart obehövligt. Enligt förarbetena till lagen ska den vårdsökande få vård och service inom rimlig tid. Om tillgänglighet i form av t.ex. köer finns en del kunskap.

Väntetid används vanligen som mått på tillgänglighet. På nationell nivå diskuteras hur väl detta mått avspeglar tillgängligheten. Det diskuteras också om det verkligen finns köer och om de finns, om de i så fall snarare beror på dålig organisation än på verklig resursbrist.

Riksdagen har fattat beslut om en prioriteringsregel, vilken gäller sedan den 1 juli 1997. Enligt prioriteringsregeln ska den som har det största behovet ha företräde till vården. Prioriteringarna består av tre grundläggande och rangordnade principer, människovärdesprincipen, behovs/solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. De som är i akut behov av vård tas vanligtvis om hand före de andra väntande patienterna. Därmed anses inte väntetiden vara ett bra mått på tillgänglighet. Ett bättre mått enligt Socialstyrelsen⁵ skulle kunna vara hur stor del av befolkningen, med olika slags behov, som erbjuds vård. Som exempel på väntetidernas brister som tillgänglighetsmått anger Landstingsförbundet i skriften Att vänta på vård (2003) att köerna till starroperation blivit allt längre trots att operationsfrekvensen ökat. År 2001 väntade ca 30 000 patienter på vård. År 1990 var det bara hälften så många. Operationerna ökade under samma tid från 30 000 till 75 000.

I vårpropositionen 2001 föreslog regeringen att medel skulle avsättas för att öka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Målsättningen var att successivt korta väntetiderna. Även regeringens sysselsättningsåtgärder, som funnits sedan 2002, har givit förutsättningar att öka tillgängligheten. Det generella

⁵ Vårdens värde, Socialstyrelsen, 2002

sysselsättningsstödet har höjts fr.o.m. 2004, vilket innebär större möjligheter för landstingen att behålla eller öka sin personal.

Överenskommelsen mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet, den s.k. nationella handlingsplanen, har som målsättning att kunna erbjuda en mer tillgänglig hälso- och sjukvård till god kvalitet och avsåg att tillsammans med de höjda statsbidraget för tillgänglighet ge ökade förutsättningar att förbättra möjligheterna för befolkningen att få den vård den behöver. Enligt den nationella besöksgarantin ska patienter som kontaktar primärvården få hjälp samma dag och träffa läkare inom sju dagar. Väntetiden inom den specialiserade vården ska vara högst tre månader. Sedan den 1 januari 2003 gäller i samtliga landsting att den som fått remiss till en specialist kan välja vård var som helst i landet. Denna möjlighet utnyttjas på olika sätt i de olika landstingen.

Socialstyrelsen ska varje år visa hur utvecklingen överensstämmer med handlingsplanens målsättning. I december 2005 ska en samlad uppföljning presenteras för regeringen. Den första mätningen genomfördes under våren 2002. Mätningen är rikstäckande, vilket betyder att samtliga vårdcentraler med allmänläkarmottagning och privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas. Den sjätte nationella mätningen, som genomfördes hösten 2004, visar att av de patienter som bedömdes ha akut vårdbehov träffade 94 procent en läkare samma dag. Besöksgarantin omfattar samtliga patienter oavsett om vårdbehovet är akut eller inte. Av samtliga nya patienter fick 81 procent träffa en läkare inom de sju dagar som primärvården ska garantera. Andelen som fick träffa en doktor samma dag var 56 procent. Mätningarna under hösten 2003 visade att 81 procent träffade en läkare inom sju dagar efter det att de tagit kontakt med vårdcentralen, 57 procent fick komma samma dag, dvs. ungefär samma resultat som 2004. Väntetiderna var likartade även 2002. Uppgifterna från hösten 2004 varierade mellan landstingen där patienterna fick komma inom sju dagar, från 71 procent i Uppsala läns landsting, till 89 procent i Värmlands

läns landsting.⁶ Väntetiden för att träffa en läkare vid sjukhus inom tre månader varierar, mellan 44 – 87 procent beroende på specialitet⁷. Barn och ungdomspsykiatri har de kortaste väntetiderna, medan allergimottagningarna har de längsta. Här kan som exempel på skillnader mellan olika vårdinrättningar nämnas att väntetiden för att komma till en hjärtmottagning (kardiologi) varierar från en vecka till 210 veckor. För att komma till en datortomografiundersökning av hjärnan varierar tiden från en vecka till 30 veckor och för att komma till behandling av artroskopier i knäled så är väntetiden mellan 2 veckor och 85 veckor⁸.

En sammanställning år 2004 av väntetider för tio vanliga elektiva mottagningar/behandlingar – primär höftledsplastik, primär knäledsplastik, operation av grå starr, åderbräck, operation av kranskärl etc. - visar att den förväntade väntetiden varierar högst avsevärt mellan olika sjukhus i landet. Väntetiden för att få grå starr opererad kan var 4 veckor eller 136. Medianvärdet är 25 veckor. Knäledsplastik kan man få vänta på i 3 veckor eller 150. Medianvärdet är 32.⁹

Enligt budgetpropositionen för 2005 erhålls medel för en nationell vårdgaranti för alla behandlingar fr.o.m. den 1 november 2005. Därmed ska en behandling genomföras senast 90 dagar efter att beslut har fattats.

Flertalet landsting har uppgett att de inte klarar vårdgarantin. Minst nöjda är landstingen emellertid med telefon-tillgängligheten. Sjukvårdsrådgivning per telefon anges ofta vara ett prioriterat område för att förbättra tillgängligheten och kvaliteten. I överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet var sjukvårdsrådgivning per telefon ett medel att förbättra tillgängligheten. Patienten skulle hänvisas till rätt vårdnivå och vården skulle kunna avlastas besök som inte är nödvändiga. Enligt en undersökning gjord på uppdrag av

⁶ Väntetider till allmänläkare, hösten 2004, Landstingsförbundet.

⁷ Utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård, Landstingsförbundet, 2004

⁸ Väntetider i vården 2004

⁹ Anders Anell, Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar, 2004, sid. 71

Landstingsförbundet under 2004 i de landsting som ingår i pilotverksamheten Vårdråd per telefon (Gävleborg, Östergötland, Kronoberg och Jämtland) är de som ringt till sjukvårdsrådgivningen mycket nöjda med tjänsten, både vad gäller hur den praktiskt fungerar och på kvaliteten på de råd och den hjälp de fått.

När det gäller övrig tillgänglighet varierar det. Den akuta sjukvården fungerar enligt landstingen i stort sett bra, medan motsatsen ofta uppges när det gäller den planerade vården. Primärvården förefaller befinna sig någonstans mittemellan.

Landstingen anser att det fortfarande finns en del att göra innan intentionerna i vårdgarantin är uppfyllda. Långa väntetider får negativa effekter främst för patienten, men också på ekonomin, t.ex. i form av stödjande insatser eller smärtlindrande läkemedel, men kan också ge kostnader till följd av sjukskrivning och ökade insatser på kommunal nivå.

Tillgängligheten påverkas naturligtvis av hur många läkare som finns. När det gäller primärvården uppger de flesta landsting att de arbetar med att försöka höja antalet tjänstgörande läkare. De kan tala om målet enligt den nationella handlingsplanen, som innebär 1 500 invånare per allmänläkare 2008, eller ha egna satta mål. Under perioden för intervjuerna har svårigheterna med att skaffa läkare tonats ned. Med undantag av psykiater har det blivit lättare att rekrytera. Problemen kvarstår dock i de norra landstingen, särskilt vad gäller primärvården inom de glest bebyggda områdena. Där täcker man fortfarande ofta allmänläkarvakanser med tillfälligt anställda läkare, s.k. stafettläkare eller hyrläkare.

2.3 Hur man mäter

Landstingen, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, regeringen, riksdagen, patienter, medborgare och andra intressenter har behov av att kunna göra jämförelser på nationell nivå.

Med undantag av den ekonomiska statistiken, som ligger till grund för nationalräkenskaperna, betecknas inte landstingens

statistik som officiell statistik. Det innebär att det inte är möjligt att kräva in statistik från landstingen med stöd av lag eller förordning. Den statistik som finns tillgänglig bygger på frivillighet.

Det finns inte något heltäckande mått som kan visa kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Särskilt svårt är det att följa upp verksamheter där kvantitativa resultatmått är svåra att använda, t.ex. i vård av patienter med psykiatriska sjukdomar och missbruk.

För att möjliggöra systematiska jämförelser inom kommunsektorn med hjälp av en kommunal databas inrättade regeringen år 2002 Rådet för kommunala analyser och jämförelser (RKA). RKA ska i sitt arbete bland annat publicera nyckeltal för landstingen. Slutredovisningen kommer att presenteras i december 2005 men sedan juni 2003 finns Kommundatabasen tillgänglig på Internet under adressen www.kommundatabas.se.

RKA har under hand föreslagit olika ekonominyckeltal, nyckeltal för volym, men också för kvalitet. RKA har på grund av svårigheterna hos de statistikinsamlade organisationerna att säkra statistikinformationen inte med några kvalitetsuppgifter som anger kundnöjdhet eller tillgänglighet inom vården. Landstingsförbundet presenterar sådana uppgifter i databaserna Vårdbarometern och Väntetider i vården.

2.3.1 Ekonomistatistik

Statistiska centralbyrån (SCB) är statistikansvarig myndighet för ekonomisk information. Enligt överenskommelse med SCB svarar Landstingsförbundet för statistikinsamlingen från landstingen. Landstingsförbundet svarar också för redovisningen. De uppgifter man samlar in är förutom resultaträkningen, finansieringsanalysen och balansräkningen, kostnader för olika verksamheter, totalt per invånare och även i vissa fall per prestation. Landstingsförbundets databas Sjukvårdsdata i fokus innehåller mycket av den ekonomistatistik som finns tillgänglig.

Vissa år sammanställer Landstingsförbundet uppgifter om prestationer och kostnader per klinik och mottagning i den specialiserade vården. För att möjliggöra denna sammanställning måste sjukhusen upprätta ett totalkostnadsbokslut med samtliga kostnader fördelade till kliniker respektive mottagningar.

Ett arbete pågår inom Landstingsförbundet för att utveckla ett KPP-system (Kostnad Per Patient). Det är en metod för beräkning av kostnaden för varje enskild patient och vårdkontakt (vårdtillfälle/besök). Vårdtjänsterna sammanställs i IT-system för varje vårdkontakt och patient. En databas finns tillgänglig för ett antal sjukhus. Man arbetar för närvarande med att inkludera även den öppna vården, psykiatrin och primärvården.

Från början var KPP ett viktigt instrument för att få fram kostnadsunderlag för utomlänspatienter. Idag har KPP fått ett bredare användningsområde. KPP kan användas till hjälp för verksamhetsuppföljning, styrning och analys på olika nivåer. Ett viktigt utvecklingsområde är att kombinera KPP med patientbundna kvalitetsdata, såsom uppgifter från de nationella kvalitetsregistren.

DRG är en förkortning av Diagnos Relaterade Grupper. Det användes från början i USA för kvalitetskontroll av sjukvården, men utvecklades till att också nyttjas vid kostnadskontroll och resursstyrning. DRG används i Sverige ofta för verksamhetsbeskrivning vid uppföljning och för att jämföra kostnaderna vid olika sjukhus. Ibland används DRG i budgetarbetet som underlag vid anslagstilldelning eller vid prestationsersättning.

Metoden grupperar patienter efter medicinska kriterier och resursåtgång. Inom varje grupp ska diagnoserna höra samman ur medicinsk synvinkel och kostnaden per vårdtillfälle vara ungefär lika stora för de diagnoser som hör till gruppen. Kostnaden per vårdtillfälle förutsätter tillgång till KPP.

KPP/DRG-databasen innehåller uppgifter fr.o.m. 1997 och utgör för närvarande knappt 400 000 vårdtillfällen eller 30 av svensk somatisk slutenvård. Förslag har också tagits fram för sluten psykiatrisk vård och är på väg att tas fram för öppen specialistvård.

Nysam (Nyckeltalssamverkan) står för ett samarbete mellan ett antal landsting för att ta fram nyckeltal inom hälso- och sjukvården. För närvarande deltar 13 landsting. Nyckeltalssamarbetet har pågått sedan 1994 under ledning av konsultföretaget Helseplan. I Nysams styrgrupp ingår förutom Helseplan representanter för samtliga deltagande landsting, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Materialet kan användas som ett hjälpmedel för uppföljning och prioriteringar av resurser. Syftet är att respektive landsting ska kunna jämföra sin verksamhet med motsvarande inom andra landsting. Nysam har som mål att inte bara beskriva sjukvårdens verksamhet i form av konsumtionsdata, resursinsatser och produktivitetmått utan vill komplettera nyckeltalen med indikatorer om hälsoförhållanden relaterade till hälso- och sjukvårdens mål.

2.3.2 Verksamhetsstatistik

Verksamhetsresultat samlas i likhet med den ekonomiska statistiken in varje år av Landstingsförbundet. Denna statistik visar besök, vårdtillfällen, telefonkontakter, vårdplatser m.m. Uppgifterna redovisas bland annat i Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Verksamhetsstatistiken produceras i samarbete med Socialstyrelsen, som är statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård.

Patientregistret är ett register som samlas in av Socialstyrelsen. I detta register finns uppgifter om diagnoser, ålder, kön, hemort för varje enskilt vårdtillfälle/patient i slutenvård.

Ekonomisk statistik och verksamhetsstatistik redovisas ofta i samma rapporter och ibland redovisas även ekonomisk statistik i förhållande till antalet utförda prestationer. Den ovan nämnda databasen som Landstingsförbundet svarar för, Sjukvårdsdata i fokus, innehåller förutom ekonomistatistik även verksamhetsstatistik, såsom vårdplatser, vårdtillfällen, läkemedelsstatistik och personalstatistik.

2.3.3 Kvalitetsstatistik

För uppföljning av de medicinska resultaten kan de nationella kvalitetsregistren användas. Dessa har funnits sedan 1970-talet. De innehåller data om diagnoser, åtgärder och utfall. Ett av kvalitetsregistrens viktigaste syfte är att bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och utjämna de skillnader som finns. För närvarande finns drygt 50 nationella kvalitetsregister som är rikstäckande eller är under utveckling för att bli det. De nationella kvalitetsregistren bygger på att man inom den aktuella specialiteten är överens om viktiga begrepp och kvalitetsindikatorer. De nationella kvalitetsregistren ska kunna användas som kvalitetsuppföljningsinstrument på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen har för att få överblick valt ut ett begränsat antal indikatorer som ska bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvårdens kvalitet.¹⁰

De nationella kvalitetsregistren täcker bara delar av vården och omsorgen, mest avancerad specialistvård på sjukhus¹¹ och bygger på frivilliga insatser. Kvalitetsregistren är inte offentliga. De flesta register redovisar inte öppet jämförelser av resultat mellan olika sjukhus och landsting. Samtliga register har skapats av representanter inom den medicinska professionen och byggts upp för att vara till stöd för utvecklingen vid den egna kliniken. De administreras vid någon klinik eller institution inom ett sjukhus. Landstinget är oftast personuppgiftsansvarig myndighet. Medel för utveckling och drift av dessa register ingår i de s.k. Dagmaröverenskommelserna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen samverkar genom en beslutsgrupp och lämnar bl.a. ekonomiskt stöd för att kvalitetsregister ska skapas och utvecklas.

Även om de nationella kvalitetsregistren i första hand är till för professionen, är också enskilda patienter och patientorganisationer viktiga mottagare av den information som presenteras.

¹⁰ Vårdens värde, Socialstyrelsen, 2002.

¹¹ Hälso- och sjukvård, lägesrapport 2003, Socialstyrelsen

För närvarande pågår en utredning om en författningsreglering av nationella kvalitetsregister (dir. 2003:42, 2004:95). Utredningen tillsattes våren 2003 och enligt tilläggsdirektiven ska den vara klar senast den 31 december 2005. I författningen ska ingå bestämmelser om vilka uppgifter som ska få tas in i registret och vad som ska krävas för detta.

Andra källor för att bedöma kvaliteten är:

- Vårdbarometern är en rullande enkätundersökning av medborgarnas kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården (Landstingsförbundet). Varje år telefonintervjuas ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen om erfarenheter och attityder till hälso- och sjukvården,
- storleken på den åtgärdbara dödligheten, dvs. dödlighet på grund av orsaker som hälso- och sjukvården anses kunna påverka (Socialstyrelsens dödorsaksregister),
- befolkningens upplevelser av vården (SCB och enskilda landsting enligt SOS 2002)
- olyckor och misstag i vården (Socialstyrelsens rådgivande nämnd för medicinsk-teknisk säkerhet och Socialstyrelsens s.k. Riskdatabas)

Anmälningarna av möjliga fel i vården kan också avläsas i rapporterna till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Rapporten om allvarliga skador, sjukdomar och tillbud enligt Lex Mariabestämmelserna ger också information om kvalitetsbrister. Även informationen från landstingens ömsesidiga försäkringsbolag kan vara användbar i detta sammanhang. Uppgifterna bygger på anmälningar från patienterna.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har regeringens uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv.

Man mäter kvaliteten, direkt eller indirekt, på något sätt i samtliga landsting. Många gör egna mätningar på t.ex. kliniknivå. De flesta deltar också i nationella mätningar. Dessutom använder många enskilda landsting olika enkäter för att bedöma kvaliteten i den egna verksamheten som inte fångas upp i de centrala kvalitetsmätningarna.

Många sjukhus använder sig av etablerade kvalitetsinstrument såsom QUL (Kvalitet Utveckling Ledarskap), TQM (Total Quality Management) och OG (Organisations Granskning). Även BSC (Balanced Score Card) används som kvalitetsverktyg. Vissa enheter, särskilt laboratorieverksamheter, är certifierade enligt internationell ISO-standard.

2.3.4 Produktivitet och effektivitet

Produktivitet är sambandet mellan utförda prestationer och resursinsats. Effektivitet är förhållandet mellan uppnådd grad av måluppfyllelse och resurser. Det går inte enligt vår uppfattning att få någon entydig och klar uppfattning om produktivitet- eller effektivitetsutveckling i landstingen.

Det finns stora regionala variationer mellan landstingen vad gäller kostnader, resurstillgång och resursutnyttjande. Förklaringar till skillnaderna saknas.

Nedanstående tabell visar kostnaden per invånare per landsting år 2003 för primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och totalt för vården. Uppgifterna är hämtade ur Landstingsförbundets rapport Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003.

Nättskontrakt hälso- och sjukvård 2003 (lofriv)

| Huvudman | Primär- vård | Huvudman | Specia- liserad somatick vård | Huvudman | Specia- liserad psykiatrisk vård | Huvudman | HÄLSO- OCH SUKVÅRD EXKL TAND- VÅRD TOTALT |
|-----------------|-----------------|-----------------|--|-----------------|---|-----------------|--|
| Uppsala | 2 057 | Jönköping | 8 033 | Halland | 1 120 | Östergötland | 13 516 |
| Skåne | 2 236 | Östergötland | 8 332 | Östergötland | 1 159 | Halland | 13 551 |
| Kronoberg | 2 270 | Halland | 8 372 | Gävleborg | 1 220 | Uppsala | 13 571 |
| Västmanland | 2 375 | Västra Götaland | 8 459 | Värmland | 1 225 | Södermanland | 13 737 |
| Västra Götaland | 2 492 | Jämtland | 8 530 | Jämtland | 1 277 | Kronoberg | 13 857 |
| Södermanland | 2 567 | Gävleborg | 8 596 | Norrbotten | 1 285 | Jönköping | 13 941 |
| Örebro | 2 574 | Kronoberg | 8 715 | Kalmar | 1 320 | Västra Götaland | 14 017 |
| Östergötland | 2 619 | Kalmar | 8 736 | Södermanland | 1 337 | Skåne | 14 195 |
| Värmland | 2 639 | Södermanland | 8 971 | Jönköping | 1 409 | Värmland | 14 552 |
| Blekinge | 2 801 | Örebro | 9 014 | Uppsala | 1 431 | Kalmar | 14 760 |
| Halland | 2 815 | Värmland | 9 018 | Västmanland | 1 454 | Gävleborg | 14 973 |
| Västmanland | 3 005 | Uppsala | 9 072 | Skåne | 1 466 | Örebro | 15 111 |
| Jönköping | 3 077 | Skåne | 9 090 | Dalarna | 1 512 | Dalarna | 15 366 |
| Västerbotten | 3 118 | Dalarna | 9 161 | Västmanland | 1 515 | Jämtland | 15 423 |
| Stockholm | 3 130 | Västmanland | 9 190 | Västra Götaland | 1 557 | Västerbotten | 15 435 |
| Kalmar | 3 169 | Västerbotten | 9 432 | Örebro | 1 609 | Västmanland | 15 574 |
| Dalarna | 3 406 | Blekinge | 9 669 | Kronoberg | 1 635 | Blekinge | 15 623 |
| Norrbotten | 3 543 | Norrbotten | 9 729 | Västerbotten | 1 656 | Västmanland | 16 147 |
| Jämtland | 3 605 | Stockholm | 9 810 | Blekinge | 1 816 | Stockholm | 16 243 |
| Gävleborg | 3 898 | Västmanland | 10 529 | Stockholm | 2 043 | Norrbotten | 16 443 |
| Summa | 2 793 | Summa | 9 070 | Summa | 1 570 | Summa | 14 844 |
| Gotland | 2 086 | Gotland | 11 158 | Gotland | 1 755 | Gotland | 16 234 |
| Summa | 2 789 | Summa | 9 062 | Summa | 1 571 | Summa | 14 802 |

Skillnaderna mellan landstingens kostnader är som synes tämligen stora. Det kan bero på skillnader i produktivitet och effektivitet. Det kan också finnas andra förklaringar som t.ex. befolkningens sammansättning och ålder.

Att mäta produktivitet i hälso- och sjukvården har länge varit önskvärt för landstingen, Landstingsförbundet och även andra intressenter. Landstingsförbundet tog fram produktivitetsberäkningar fram till 1998. Beräkningarna byggde enbart på antal vårdtillfällen och läkarbesök och kunde inte återspegla utvecklingen i landstingen. Enligt dessa beräkningar hade produktiviteten försämrats bland annat eftersom antal vårdplatser kraftigt minskat och allt fler äldre fått avancerade behandlingar.

En svårighet med att göra produktivitetjämförelser över tid är att behandlingsmetoderna successivt förändras; övergången från den slutna vården till öppna vårdformer är exempel på det.

Landstingsförbundet har nyligen med hjälp av bland annat KPP och DRG beräknat produktiviteten inom specialiserad somatisk vård i de enskilda landstingen med hjälp av en ny metod. Det nya är att både den öppna och den slutna vården vid sjukhusen ingår och att skillnader i vårdtyngd har beaktats med hjälp av DRG-systemet.

Många är dock kritiska. SNS har t.ex. i Välfärdspolitiska rådets rapport 2004, Hälsa, vård och tillväxt, framhållit att det fortfarande saknas fullständiga data för en säker tolkning och analys av resultaten.

Det pågår ett arbete inom Socialstyrelsen med att ta fram information av metodkaraktär för produktivitet och effektivitet. Socialstyrelsen betonar arbetat med effektiviteten. En rapport kommer hösten 2005.

InfoVU (Informationsförsörjning Verksamhetsuppföljning), bygger på ett uppdrag som regeringen har givit Socialstyrelsen - i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. InfoVU har som uppgift att utveckla och pröva metoder som ska göra det enkelt för medborgare, medarbetare och beslutsfattare att ta del av den information de behöver om

vården. InfoVU arbetar med frågor om vilka resultat som uppnås och om dessa stämmer med målen för arbetet och vad de kostar att uppnå. De arbetar också med frågan om vad IT kan göra för utvecklingen av informationen. Regeringen gav uppdraget under perioden 2001–2004. Projektiden har löpt ut men ett tilläggsuppdrag har givits fr.o.m. 2005. Enligt tilläggsuppdraget ska modellen prövas med hjälp av olika aktörer.

2.4 Reflektioner

- Hälsa- och sjukvården är en ovanligt komplex verksamhet. Komplexiteten finns på flera plan – verksamheten i sig, det dubbla huvudmannskapet och den interna kultur som formas av grupper med delvis olika värderingar (förtroendevalda, administratörer och profession). Denna komplexitet avspeglas i svårigheterna att finna gemensamma definitioner av begrepp som t.ex. kvalitet och tillgänglighet och i svårigheterna att mäta. Det går inte att få ett entydigt grepp om kvalitet, produktivitet eller effektivitet i hälso- och sjukvården.
- Ovan nämnda beskrivning indikerar styrproblem på både nationell nivå och landstingsnivå. En verksamhet vars resultat och effekter man inte vet så mycket om är svår att styra.
- Det offentliga åtagandet och de övergripande målen för hälso- och sjukvård kan rent förnuftsmässigt te sig självklara. Men i praktiken är de allmänt hållna och tämligen otydliga. Till otydligheten bidrar att såväl åtagande som mål är uttryckta i ett flertal dokument som hälso- och sjukvårdslagen, propositioner, överenskommelser mellan regeringen och Landstingsförbundet etc. Det försvårar ”översättningen” till och i en operativ verksamhet.

- Vi tror att det skulle vara en fördel för hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling om de nationella målen kunde uttryckas med större precision och samlat samt i termer av vilka effekter som ska åstadkommas för patienten. Ett exempel på effektmål är de som The Institute for Healthcare Improvement (IHI), en amerikansk non-profitorganisation med uppgift att förbättra hälso- och sjukvård, har angett för vad man vill åstadkomma:
 - Inga onödiga dödsfall
 - Ingen smärta eller onödigt lidande
 - Inga oönskade väntetider
 - Ingen hjälplöshet
 - Inget arbete som inte tillför något värde för patienten
- Effektmål som dessa är mätbara och skulle kunna tjäna som utgångspunkt för vilka mätetal som den nationella nivån vill använda för att följa upp hälso- och sjukvården. Uppföljningen av kvalitet, resultat och effekter ska ske från ett patientperspektiv.
- Uppgifter som behövs för att följa upp hälso- och sjukvården vilar på frivillig grund. Det finns också ett virrvarr av försök att finna relevanta mätetal på olika nivåer. Landstingen utvecklar t.ex. egna och olika mätsystem. Enligt vår uppfattning behövs författningsreglering i fråga om vilka övergripande mål som ska vara utgångspunkt för uppföljning, vilka mätetal som ska gälla och vilka uppgifter som ska lämnas samt vilken

organisation som ska ansvara för uppföljningen.

- Kriterierna för vad som är en tillgänglig sjukvård (vårdgaranti o.d.) har bestämts centralt. Dessutom förs en diskussion om huruvida det finns köer eller inte. Bevisligen finns det köer från patientens synpunkt sett. Enligt vår uppfattning utgår inte de centrala normerna och diskussionerna från patientens perspektiv. Målet om tillgänglighet bör utgå från att inga oönskade väntetider – i telefon, för att få träffa en läkare eller för att få operation eller annan behandling – ska finnas över huvud taget.
- Vi tror inte att dålig tillgänglighet, t.ex. köer, i första hand beror på resursbrist, utan snarare på bristande effektivitet i system och processer.
- Mätetal och de nationella kvalitetsregistren bör vara öppna, offentliga och begripliga för patienter och medborgare. Vi tror att ett ökat inflytande och ökade kunskaper hos patienter och medborgare skulle influera hälso- och sjukvårdssystemet till en högre effektivitet. (Jfr Anders Anell, a a, som är den forskare som framför allt pläderat för ett ökat patientinflytande och Casten von Otter, ”Om den repressiva omtanken och andra tankar om patientens valfrihet” i Anell och Rosén (red.), ”Valfrihet och jämlikhet i vården”, SNS 1996.

3 Intern kultur och ledarskap

3.1 Intern kultur

Intervjuerna med såväl förtroendevalda, administratörer på ledningsnivå, sjuksköterskor och läkare vittnar genomgående om ett ovanligt starkt engagemang för verksamheten och en konstruktiv självkritik. Detta kan sägas vara ett karaktäristiskt drag i hälso- och sjukvårdens interna kultur. Infallsvinklarna skiljer sig dock åt – de förtroendevalda och tjänstemännen har ett synsätt, den s.k. professionen ett annat.

När man ber förtroendevalda eller administratörer att beskriva den interna kulturen är det vissa begrepp och beskrivningar som genomgående kommer igen: Revir och revirstrider (som kostar), osynliga väggar, hierarkier, gammalmodigt, professionens tradition är stark, det är svårt att engagera läkare i förändringsarbete, det är svårt att arbeta med inre effektivitet på grund av den interna kulturen o.s.v. Läkares kollektiva makt illustreras med att det genomgående framhålls att förändringar inte går att genomföra om inte professionen bejakar dem.

En personaldirektör beskriver den interna kulturen såsom att varje anställd i de operativa delarna har en befattningsbeskrivning i huvudet – inte mål och uppgifter - och att detta leder till stuprör och ineffektivitet. Landstingsdirektörer med flera framhåller ofta att många läkare eftersträvar köer för att visa att just deras specialitet är efterfrågad och att de behöver mer resurser.

Samma frågor till läkare och i någon mån sjuksköterskor ger andra svar. Läkarna tycker att de har för lite att säga till om och

att det kommer alltför mycket ”påfund” uppifrån som vittnar om att ledningen egentligen inte begriper verksamheten. Ledningen betraktas genomgående som svag. En del framhåller att sjukvården inte är en verksamhet lämpad för politiska experiment som ger ryckighet i planeringen. Man efterlyser mer av långsiktighet och stabilitet i förutsättningarna. Andra vittnar om hög arbetsbelastning och resursbrist, men förvånansvärt många ger dock enligt vår uppfattning uttryck för att ökad produktivitet är en underutnyttjad möjlighet som kan ge utrymme både för att göra mer med tillgängliga resurser och för att åstadkomma högre arbetstillfredsställelse.

Utmärkande för den medicinska professionen är lång utbildning, ofta specialisering, och lång praktisk erfarenhet. Arbetet präglas av patientorienterad yrkesetik och personalens lojalitet är starkt knuten till yrkesrollen.

Den starka professionaliseringens följder för sjukvårdsverksamheten har beskrivits i litteraturen. Exempelvis har Anell beskrivit att det råder ett konkurrensförhållande, inte samarbete, bland läkare med olika specialistinriktning. Läkares drivkraft är en ständig förkovran, utveckling och fördjupning. Specialiseringen driver vetenskapen och utvecklingen framåt, men medför också revirtänkande och fragmentering.¹² ”Betydelsen av grundläggande institutionella förutsättningar framgår också tydligt av hälso- och sjukvårdens utveckling. Den viktigaste drivkraften är den medicinskt professionella. Försök att påverka denna ’institution’ utifrån en politisk och/eller administrativ utgångspunkt har sällan varit särskilt framgångsrika.”¹³

Den konflikt eller kamp som pågår mellan olika yrkesgrupper – förtroendevalda och administratörer å ena sidan samt läkare å andra sidan – med olika värdegrunder beskrivs av flera forskare i ”Organisationsexperiment i kommuner och landsting”¹⁴ ”Inom sjukvården finns sedan lång tid starka institutionaliserade handlingsmönster. Sjukvården brukar sålunda betraktas som styrd av utvecklingen inom den medicinska professionen. Inom

¹² Anell a a 2004, sid. 26 ff.

¹³ Anell a a 2004, s. 101

¹⁴ Bengt Jacobsson, red., 1994.

den medicinska professionen finns väl utvecklade normer för hur läkare skall agera för att bete sig som riktiga läkare. Det professionella är just ett regelsystem som styr aktörernas uppfattningar om vad som skall göras, hur det skall göras och varför det skall göras.

Vad vi har sett är att en process pågår inom sjukvården där det också är andra regler och idéer som framstår som viktiga, nämligen sådana som har med effektivitet och marknad att göra.”¹⁵

En annan forskare har framhållit att de pågående reformerna inom sjukvården kan ses som en kamp om vilken logik som skall dominera inom vården som socialt fält. ”Den medicinska professionen som företräder den logik som varit dominerande står mot administratörer och politiker som funnit strategier med vilka de söker ändra fältets logik.”¹⁶

I våra intervjuer med företrädare för professionen har ofta bristen på arbetsro på grund av ständiga sparprogram och omorganisationer framställts som något som negativt påverkar viljan till förändring.¹⁷

3.2 Ledarskap

Till professionens värderingar hör också att inte betrakta ledarskap som en profession i sig. Samtidigt anser man i regel att ledningen är svag.

Den administrativa ledningen tycker inte alltid att de får tillräckligt stöd från den politiska delen när det gäller att driva effektiviseringsarbete. En del pekar också på ett generellt behov av bättre kunskaper i processledning.

Den medicinska professionen anser att förtroendevalda har svårt att hålla sig borta från produktionsprocessen och att de lägger sig i detaljer. Ledande tjänstemän vittnar dock i flertalet

¹⁵ Bengt Jacobsson, ”Reformer och organisatorisk identitet”, Jacobsson a a1994, s. 49

¹⁶ Hans Hasselbladh, ”Ekonomiska styrmodeller inom sjukvården”, Jacobsson a a 1994, s.121.

¹⁷ Jfr Björn Brorström, ”Kontinuitet och förändring. Förutsättningar för mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården”, 2001

fall om att gränsen mellan den politiska ledningen och tjänstemannaledningen är tydlig.

Vi har lagt märke till att landstingsdirektörer byts ut tämligen ofta.

Vi har också gjort den iakttagelsen att den interna kulturen påverkas starkt i landsting där det råder stor oenighet mellan de politiska blocken. Det leder inte sällan till oro, handlingsförlamning eller uppgivenhet. Vi vill också tillägga att radikala verksamhetsförändringar vid majoritetsskiften kan bli dyrt för medborgarna.

Drygt hälften av landstingen eftersträvar enighet mellan blocken när det gäller större frågor, som t.ex. hur sjukvårdens framtida struktur ska se ut eller hur besparingar ska genomföras. De lyckas också nå enighet, helt eller åtminstone nästan. Ibland sker dock enigheten på bekostnad av nödvändiga förändringar – man undviker de svåra frågorna. Av landsting som enligt våra iakttagelser är särskilt framgångsrika när det gäller samarbete mellan blocken kan nämnas Halland, som har en lång tradition här, Region Skåne, som har lärt sig av misstag under föregående mandatperiod, och Västmanland. Motsatsen gäller framför allt Stockholms läns landsting, men också Gävleborgs och Värmlands läns landsting.

I Västra Götalandsregionen har regiondirektören en gång i veckan ett informationsmöte med samtliga politiska gruppleddare. Detta har såvitt vi kan bedöma resulterat i ett gott samarbetsklimat.

I Västra Götalandsregionen, som i slutet av förra seklet och i början av detta befann sig i ett tillstånd av rörighet, har man medvetet arbetat med att tydliggöra gränsen mellan politik och förvaltning. Tjänstemännen har rätt och skyldighet att lämna självständiga förslag till den politiska nivån. Ekonomin är genom regionfullmäktiges beslut en överordnad restriktion. Alla chefer har i uppdrag att gå igenom detta med sina politiker.

3.3 Reflektioner

- Det genomgående draget av engagemang och självkritik bör kunna användas som en positiv drivkraft i utvecklingsarbete.
- Professionens ”regler” medför sannolikt svårigheter när det gäller att se verksamheten med utgångspunkt från patienten i ett system. Det finns dock ett spirande intresse för att höja effektiviteten, som om det omsätts operativt kan ge ökade insikter om systemen.
- Ledarskapet i landstingen bör tydliggöras, bl.a. genom större tydlighet i fråga om mandat samt ansvar och befogenheter.
- De olika värdegrunderna hos olika yrkeskategorier medför att stor vikt och mycket tid måste läggas på dialog dem emellan vid t.ex. förändringsarbete. Ledarskapet bör till stor del vara inriktat på lärande och på arbete med värderingar.
- Vi instämmer i att chefsutbildningarna bör inriktas mot att öka kunskapen om system och processer. Sådan utbildning bör helst omfatta all personal.
- Det är viktigt att ständigt arbeta med att sätta gränsen mellan politik och förvaltning, inte minst mot bakgrund av att såväl förtroendevalda som ledande tjänstemän byts ut med jämna mellanrum. Västra Götalandsregionen är här ett bra exempel.
- Den stora omsättningen av landstingsdirektörer kan leda till rekryteringsproblem.
- Hälso- och sjukvårdsverksamhet är i många avseenden ovanligt komplex och kräver såväl långsiktighet som

stabilitet för att kunna utvecklas väl och med god resurshushållning. För att åstadkomma detta är det önskvärt att man, t.ex. genom kompromisser, eftersträvar politisk enighet i större frågor.

4 Styrning

4.1 Styrssystem

I början av 1990-talet införde drygt hälften av landstingen den s.k. beställar-utförarmodellen (BU) som styrsystem. Bakgrunden var bl.a. den alltmer omfattande kritik som riktades mot offentlig verksamhet från medborgarna. Den offentliga verksamheten betraktades som svåröverskådlig, byråkratisk och ineffektiv. För landstingens del gällde också uppfattningen att politikerrollen var otydlig – de förtroendevalda lade sig i alltför mycket detaljer i verksamheten.

Tanken var att de förtroendevalda genom BU-modellen skulle få en tydligare och mera renodlad roll, nämligen att företräda medborgarna i egenskap av beställare av hälso- och sjukvård. En annan målsättning var att effektiviteten skulle öka. Beställaren hade alltså två roller: Att fånga upp medborgarnas behov och att styra så att verksamheten utvecklade effektivitet. Valfrihet (för patienten) och konkurrens mellan utförarna skulle öka effektiviteten. Man hade därmed förhoppningar om att styrmodellen skulle leda till förändringar av sättet att bedriva hälso- och sjukvårdsarbetet, av organisation och arbetsprocesser.

Kontrakt ingicks mellan beställare och utförare eller producenter, dvs. de vårdgivare som utförde själva produktionen. I vissa landsting har BU-modellen kombinerats med ersättning per prestation. Andra ersättningsgrunder har varit socio-ekonomisk struktur av något slag, kapitering eller traditionella anslag. En del landsting har haft lokala beställarnämnder och andra centrala.

BU-modellen har utvärderats, diskuterats och belysts tämligen utförligt. Till de mest omfattande studierna hör "Jakten på den goda styrningen. En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården" av Bo Hallin och Sven Siverbo (2002) och "Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård" av samma författare (2003), vilka analyserar och sammanfattar resultatet av i stort sett samtliga utvärderingar som har gjorts.

Hallin och Siverbo framhåller bl.a. att det sedan 1970-talet funnits fyra dominerande organisationsidéer inom hälso- och sjukvården – planering, decentralisering, marknadsefterlikning och samverkan/samordning. Att en idé avlöser en annan innebär inte att den tidigare försvinner helt. När det gäller BU-modellen konstateras att forskningsläget är alltför oklart för att slutsatser ska kunna dras av hur väl företrädarrollen har fungerat. Uppföljningen av hur utförarna sköter sina uppdrag har varit bristfällig – uppföljning inom hälso- och sjukvården är dock generellt sett bristfällig, påpekar författarna. Det finns indikationer som pekar mot att produktiviteten ökade inledningsvis, för att senare falla tillbaka. Även om prestationsfinansieringen ledde till att styckkostnaden sjönk ökade kostnaderna totalt sett. Därför infördes s.k. "tak" och incitamenten att öka produktiviteten försvann. Modellen har bidragit till att den ekonomiska medvetenheten har ökat, även inom den s.k. professionen. Vidare har registreringssystemen medfört att läkarnas kunskapsövertag har minskat.

Vi ska nedan redovisa några iakttagelser när det gäller hur BU-modellen har tillämpats och vilka effekter detta har lett till i praktiken.

Underskotten i Region Skåne växte mot slutet av mandatperioden 1994-98. Genom införande av en ny organisation och BU-modellen hade man förhoppningar om att komma till rätta med underskotten. Det lyckades inte. Andra målsättningar var att genom valfrihet, mångfald och konkurrens få incitament som skulle leda till mer vård för pengarna, ökad tillgänglighet och kortare vårdköer.

Regionen har på eget initiativ och i lärande syfte låtit utreda och analysera vad som hände under förra mandatperioden, dvs. varför de förväntningar man hade inte infriades¹⁸

Den slutsats som dras i rapporten är att det inte var BU-modellen i sig som ledde till den oönskade ekonomiska utvecklingen, utan snarare dess tillämpning i kombination med orealistiska förväntningar. I rapporten pekas på ett antal förklaringar:

- Ågarstyrningen av förvaltningar och bolag var alltför svag.
- Regionen underskattade grovt behovet av en stark central ledning.
- Tillämpningen av modellen präglades av oföljsamhet.
- Uppföljnings- och prognosverktygens kvalitet stod inte i paritet med modellens krav.
- Homogeniseringen av Skånes prestationspriser ledde till etablerandet av en högre kostnadsnivå.
- Det parlamentariska läget medverkade till att försvåra genomförandet av strukturella åtgärder. Den öppna vården expanderade utan att motsvarande verksamhetsindragningar skedde vid sjukhusen.
- Såväl de fem beställande distriktsnämnderna som de producerande sjukhusen agerade expansivt.
- Regionsstyrelsen/fullmäktige hade i otillräcklig utsträckning satt upp mål för beställarna och utförarna.

Efter valet 2002, då en majoritet bestående av s, v och mp tillträdde, avskaffades BU-modellen och ersattes med anslag och

¹⁸ Den politiska och ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården inom Region Skåne under åren 1999-2002. Slutrapport från Inregia AB i samverkan med Vasco Advisers AB, 2003.

uppdrag. En hälso- och sjukvårdsnämnd ersatte de beredningar som tidigare låg under regionstyrelsen. Man behöll dock BU-modellens beskrivningssystem, d.v.s. beskrivningen av kostnader och prestationer baserat på DRG-systemet. Den nya ledningen markerade kraftfullt betydelsen av kostnadskontroll, uppföljning och utvärdering. Ingen organisatorisk nivå fick fatta ofinansierade beslut. Investeringar skulle föreläggas regionstyrelsen för beslut. Man lade också om budgetprocessen, så att regionfullmäktige redan i juni kunde diskutera mål och inriktning av verksamheten och sedan i november fördela resurserna.

Erfarenheterna av BU-modellens tillämpning i Stockholm uppvisar en liknande bild som den i Skåne.

I Stockholm accelererade underskotten från och med 1998 för att 2002, det ekonomiskt sämsta året de senaste tio åren, vara uppe i 4 564 miljoner kronor, vilket motsvarade 14 % av nettokostnaderna. BU-modellen infördes successivt i Stockholm med början 1992 och kom främst att omfatta akutsjukhusen. Det övergripande syftet var att öka effektiviteten i verksamheten, främst att få bort köerna och öka produktiviteten. En mer omfattande rapport om systemet och dess tillämpning 1992-96 är "Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen" av Claes Charpentier och Lars A. Samuelson, 2000.

Våra iakttagelser om BU-modellens effekter i Stockholm baseras på intervjuer och revisionsrapporter från Stockholms läns landsting. Styrmodellen har, trots att man har försett prestationsersättningarna till sjukhusen med "tak", av flera skäl haft en kostnadsdrivande effekt:

- Innan "taken" infördes ledde modellen till konkurrens och expansion bland sjukhusen. Lösningen på de ekonomiska problemen blev att öka intäkterna. Systemet blev alltså suboptimerande.

- Uppföljningen och styrningen har varit svag.
- Målen har varit otydliga eller ofullständiga från såväl ägare som beställare.
- Ägardirektiv till de landstingsdrivna sjukhusen har saknats.
- Avtalen mellan beställare och utförare har färdigställts först långt in på verksamhetsåret och saknat samband med beslutad budget.
- Rollfördelningen mellan beställare och utförare har varit oklar; man har gärna velat lämpa över risker på varandra.

Landstingets revisorer har pekat på många svagheter i hanterandet av modellen, bl.a. att ”om den kostnadstyngda kliniken inte kan eller får öka mängden prestationer och inte heller klarar av att minska sin kostnads massa, samtidigt som de kliniker som har låga kostnader in-tecknar sitt utrymme, så skapas ett sammantaget kostnadsöverskridande.” Revisorerna har också konstaterat att ”landstingets styrsystem är outvecklat. Det kan inte hantera de svagheter som ersättningssystemen har som styrinstrument.”¹⁹.

Efter valet 2002 bildade socialdemokraterna majoritet tillsammans med vänsterpartiet och miljöpartiet. Till skillnad från Region Skåne behöll man BU-modellen. Organisationen gjordes om både i den politiska delen och i tjänstemannadelen. Budgetprocessen förändrades. Syftet var att ge förutsättningar för helhetssyn, styrning och ekonomisk kontroll. Tydliga förbättringar härvidlag har enligt vår uppfattning också skett. Avtalen mellan beställare och utförare blev t.ex. redan 2003 färdiga i årets början och överskred inte budgeten. Revisorerna har också ganska nyligen noterat att en tydligare och mera aktiv ägarstyrning håller på att etableras, men att mer konkreta former

¹⁹Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem, revisionsrapport dec. 2002

för uppföljning av effektivitet och produktivitet återstår att utveckla. Utförarnas intäkter kan inte längre budgeteras så att de sammantaget överskrider landstingets totala resurser. Ägarstyrningen har stått i fokus, medan utvecklingen av beställarrollen har varit underordnad.²⁰

Dalarnas läns landsting var först med att införa BU-modellen, vilket skedde i slutet av 1980-talet. Modellen utformades här på ett delvis annat sätt än i Skåne och Stockholm, bl.a. genom en ännu starkare decentralisering – det fanns en beställarnämnd för varje kommun och sexton produktionsstyrelser. Man använde inte prestationsersättning. År 1999 avskaffade man BU-systemet, som man ser som orsaken till underskotten i ekonomin. Den starka decentraliseringen och svaga centrala styrningen gjorde att landstingsstyrelsen hamnade helt vid sidan om.

I Västra Götalandsregionen infördes BU-systemet vid regionstarten ”som ett politiskt testområde”. Det bidrog till att organisationen kom i upplösning; delrollerna tog över helheten och kostnaderna skenade iväg. Genom inrättande av en ”Sjukvårdsgrupp 2000” började ett arbete syftande till att skapa ett likartat synsätt och koncernperspektiv i organisationen. Idag finns ett flertal tvärgrupper som träffas regelmässigt enligt ett schema som utgår från den ekonomiska månadsrapporteringen.

Idag är det fyra landsting som säger sig ha BU-modellen kvar: Stockholm, Västra Götaland, Uppsala och Örebro. Detta är dock en sanning med modifikation. En bättre beskrivning av t.ex. Västra Götalands styrsystem är att det snarare rör sig om rambudgetering med vissa stödsystem. I Uppsala framhåller man att BU inte längre är fråga om ett ”köp-säljssystem”, men att den tillämpning man har idag ger en bra dialog i planeringsprocessen.

Flera landsting som avskaffat BU-modellen – t.ex. Skåne och Östergötland - har behållit beskrivningsystemet. De som fortfarande har BU framhåller att det är just beskrivnings-systemet som är den främsta fördelen med systemet. Ur detta

²⁰Centralisering för en budget i balans. Om ägarstyrning och beställarstyrning i landstingets nya ledningsorganisation, PM nr 18/04, mars 2004.

utvecklas bl.a. möjligheten att göra jämförelser av produktiviteten vid olika sjukhus. Västra Götaland är det landsting som här har kommit längst. I Stockholm har ett arbete påbörjats med att skapa bättre instrument för uppföljning och produktivitetmätning. Revisorerna i Stockholms läns landsting har gjort flera studier av sjukhusens produktivitet utveckling. Östergötland framhålls av andra som det landsting som har kommit längst när det gäller att ha grepp om primärvårdens prestationer.

Elva landsting använder, är på väg eller funderar på att införa balanserat styrkort (Balanced Score Card, BSC) som styrsystem. I Stockholm, Skåne och Västra Götaland används BSC vid vissa sjukhus och i primärvården, medan den centrala styrningen sker på annat sätt.

BSC är en av flera styrmodeller med målstyrning som grund som vuxit fram i näringslivet de senaste femton åren. Gemensamt för många nya modeller är att man vill sätta fokus på företagets förmåga till utveckling snarare än på traditionell ekonomistyrning.

Ett balanserat styrkort innebär att verksamheten planeras och följs upp med utgångspunkt från fyra perspektiv: Finansiellt perspektiv, kundperspektiv, processperspektiv samt kompetens- eller medarbetarperspektiv. Den balans som åsyftas är den mellan kort- och långsiktig måluppfyllelse, mellan finansiella och icke-finansiella mätningar samt mellan hur väl man lyckas både internt och externt. Ledningens övergripande mål och strategier är en central del i BSC. Det är utgångspunkten för de olika resultatenheternas målformulering och bedömning av vad som ska göras och hur det ska göras. Mätbara mål eller styrmått tas fram på olika nivåer för de olika perspektivens styrkort.

4.2 Reflektioner

- Problematiken med att införa marknadsefterliknande styrsystem i en organisation som i hög grad styrs av föreställningar utvecklade inom en profession har belysts

av bl.a. Bengt Jacobsson i Jacobsson (red.), a a sid 226 ff.

- Exempler från de nämnda landstingen pekar mot att ledningarna i landstingen inte har förstått att den decentralisering som följde med BU-modellen för att lyckas kräver en stark central styrning med tydliga mål, ägardirektiv och uppföljning.
- Verktyg för styrning har i allt väsentligt saknats, såsom t.ex. nyckeltal av olika slag. Ersättningarna från beställarna till utförarna har inte varit kopplade till mätbara mål och effekter.
- Den svaga styrningen har bidragit till att BU-modellen där man tillämpat prestationsersättning totalt sett har varit kostnadsdrivande. Sjukhusen har försökt att lösa sina ekonomiska problem genom expansion (fler patienter, mera intäkter, högre kostnader).²¹
- I många studier av BU-modellens tillämpning i landsting konstateras att modellen har medfört att intresset för ekonomi har ökat, inte minst hos professionen. Vi tycker oss ha iakttagit att också intresset för effektivitet har ökat och för hur man mäter kvalitet och produktivitet.
- Vi har inte funnit belägg för att beställarna har använt systemet för eget nyskapande eller utveckling. Man har beställt det som redan finns. Man har inte beställt t.ex. vårdkedjor eller "teamarbete" kring patienten.
- Såväl BU som BSC är styrsystem som hämtats utifrån och som alltså inte utgått från landstingens specifika problem och förutsättningar. Deras användande kräver såväl anpassning som analys av vilka problem det är som

²¹ Jfr t.ex. Anders Anell a a, 2004, sid. 101.

ska lösas.

- Vi tror att landstingen bör satsa på styrsystem som inbegriper nyckeltal och möjligheter till jämförelser över tid och mellan landsting i syfte att kunna styra mot ökad effektivitet.
- BSC kan vara ett lämpligt system. En fördel med det är att man från början måste bestämma vad man ska mäta och hur det ska ske. (Det gäller egentligen BU-systemet också, men så har man inte gjort). Den stora risken med BSC är att man mäter alltför mycket eller mer än man har nytta av.²²
- Vilket styrsystem man än använder bör det enligt vår uppfattning grundas på mål, mätetal och uppföljning. Den sortens kunskap om verksamheten är en förutsättning för en väl fungerande styrning.
- Ett sätt att få större tydlighet i hur verksamheten styrs och hur olika delar hänger samman kan vara att införa ledningssystem. Ledningssystem används inte i landstingen i någon större utsträckning idag. I ett ledningssystem beskrivs
 - ❖ vilka styrande dokument som finns i verksamheten
 - ❖ vad de olika dokumenten innehåller
 - ❖ hur de olika dokumenten hänger samman
 - ❖ var och när dokumenten arbetas fram och beslutas
 - ❖ hur rapporterings- och uppföljningsstrukturen ser ut
 - ❖ vem som är ansvarig för vad

²² Jfr Björn Brorström a a, 2001, som bl.a. varnar för alltför komplicerade styrmodeller samt presenterar en ny planerings- och utvärderingsmodell, vilken tar fasta på förmågan att balansera kontinuitet och förändring

- ❖ hur den röda tråden från övergripande mål och strategier till medarbetaremål och individuella handlingsplaner ser ut.
- Även här gäller det dock att inte vara överambitiös. Ett ledningssystem fungerar bara om det är enkelt, pedagogiskt och lättöverskådligt.

4.3 Ekonomisk uppföljning

Vi har tidigare påpekat att underbalanserade budgetar leder till underskott. Underbalanseringen är ett styrproblem i sig. Men landstingen uppvisar också genomgående problem med följsamhet när det gäller att hålla budget. Det betyder att underskotten blir ännu större än de eventuellt målsatta underskotten.

Vi har under den tid vårt arbete varat observerat en tydlig skärpning när det gäller ekonomisk uppföljning och kontroll. Man har ofta förbättrat själva processen för budgetering – Stockholms läns landsting och Region Skåne är goda exempel på det. Det handlar också om att man gjort om organisationen i de politiska leden och staberna så att ansvar hänger ihop. Även här utgör Stockholms läns landsting ett bra exempel, men det finns fler, t. ex. Dalarnas läns landsting. I Halland har man självkritiskt konstaterat att ansvaret för lönesättning inte hängde ihop med budgetansvaret och ändrat på det. Värmland har infört en divisionaliserad organisation med syfte att skapa helhetssyn och ett horisontellt perspektiv. Samtliga chefer träffas regelmässigt i en samordningsgrupp.

Genomgående gäller också att man tar allt större hänsyn till det lagstadgade kravet på ekonomisk balans. Inför 2005 är landstingens budgetar totalt sett i balans. Det betyder dock inte att varje landsting har en budget i balans. Men Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne har alla lagt budgetar i balans. Det betyder mycket för den totala bilden, eftersom dessa landsting står för mer än hälften av omsättningen

i samtliga landsting. Kostnadskontroll och budgetdisciplin har förbättrats. Spontant har många landsting framhållit att de idag har en månadsvis ekonomisk uppföljning – något som indikerar att de har haft en glesare uppföljning förut. Den förbättrade ekonomiska kontrollen har sannolikt bidragit till den vikande kostnadsutvecklingen. Några landsting har en ”aktiv” ekonomisk uppföljning: ”De som avviker från budget lämnas inte ifred”, som man har uttryckt det i Västra Götalandsregionen. Detta landsting har enligt vår uppfattning en mycket god ekonomihantering och kostnadskontroll. Västra Götalandsregionen strävar efter ett så enkelt system som möjligt för ekonomisk uppföljning.

Kostnadsutvecklingen i landstingen har dämpats, men vissa medel för att nå detta kan diskuteras. Det vanligaste sättet att spara är kortsiktiga åtgärder, som inte håller på sikt: Anställningsstopp, investeringsstopp, sparande i smått och även restriktioner när det gäller läkemedel och patienternas valfrihet. En del har dock vidtagit andra och mer långsiktiga åtgärder.

Ofta har vi mött uppfattningen bland landstingens förtroendevalda att den statliga styrningen utgör ett hinder när det gäller ekonomisk planering och långsiktighet. De syftar då på specialdestinerade statsbidrag – tillgänglighetspengar, sysselsättningsstöd etc. Man vill ha pengarna, men inte i form av de nya kostnadsåtaganden som de särskilda satsningarna innebär.

4.4 Reflektioner

- Den förbättrade ekonomiska uppföljningen och den ökade fokuseringen på ekonomisk kontroll är en positiv utvecklingsfaktor. Alla landsting bör ha en aktiv uppföljning av den typ som Västra Götalandsregionen har.
- Att hålla en budget handlar mycket om ledarskap. Lönesättning kan vara ett effektivt styrmedel här.

- Sparprogram är sällan långsiktigt hållbara. Vi återkommer nedan med exempel på långsiktigt hållbara åtgärder i avsnittet om hur landstingen arbetar för att förbättra effektiviteten.

4.5 Prioriteringar och valfrihet

Många vi talat med i landstingen efterlyser tydligare prioriteringar från statens sida. Vårdens basåtagande uppfattas ofta som diffust och man efterlyser tydligare gränser för det offentliga åtagandet.

Riksdagen fattade år 1997 beslut om vissa allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa baseras på rangordnade etiska principer: Människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Med utgångspunkt från de etiska riktlinjerna anges fyra prioriteringsgrupper.

Bla. Socialstyrelsen och Svenska läkarsällskapet arbetar med beslutsstöd för öppna prioriteringar, t.ex. vad gäller olika behandlingsmetoders effektivitet.

Socialstyrelsen anger inte bindande indikatorer i sina riktlinjer. Med sådana menas t.ex. vilken synskärpa som ska gälla för en gråstarrsoperation. Enligt gällande ansvarsfördelning är det landstingen som beslutar om indikatorer för vård och behandling. Därmed gäller inte lika villkor i landet; i något fall har vi stött på att lika villkor inte heller gäller i ett och samma landsting.

Östergötlands läns landsting och Västra Götalandsregionen är såvitt vi har funnit de landsting som kommit längst i arbetet med prioriteringar. Riksdagen har betonat öppenhet i prioriteringsarbetet. När Östergötland öppet redovisade sina prioriteringar väckte det massmedialt uppseende. Media uppfattade genomgående att det var fråga om en inskränkning av det offentliga åtagandet, vilket inte var fallet.

Sedan början av 1990-talet gäller att patienter har möjlighet att välja vårdgivare för icke akut vård i det egna landstinget eller i

andra landsting. Ofta krävs remiss från läkare i det egna landstinget. Hur reglerna omkring valfriheten egentligen ser ut har vi funnit svåröverskådligt.

Incitament för patienten att välja är bl.a. väntetiderna, d.v.s. att man kan välja en vårdgivare med kort väntetid för en viss behandling. Sådan information finns idag tillgänglig. Ytterligare incitament gäller kvaliteten vid olika sjukhus för en viss behandling. Sådan information finns inte tillgänglig för patienten eller medborgaren; vi har tidigare framfört att t.ex. de nationella kvalitetsregistren bör göras öppna, tillgängliga och begripliga för allmänheten. Socialstyrelsen har på senare tid uttalat sig i den riktningen.

Valfriheten har både bland förtroendevalda, administratörer och profession, omgärdats med starka invändningar. Argumenten emot har i huvudsak varit två:

- Valfriheten stör gällande prioriteringar.
- Valfriheten medför oplanerade kostnader i och med att vård i andra landsting blir dyrare än den man producerar själv.

Många landsting har uppgivit att de kommer att ha svårt att klara den vårdgaranti om behandling inom 90 dagar, som träder i kraft år 2005.

4.6 Reflektioner

- Prioriteringsarbetet handlar som vi har uppfattat det om att rangordna efter etiska principer och sjukdomstillstånd, att vården ska avgränsas till vad som är medicinskt motiverat samt att utvärdera och ge rekommendationer om olika behandlingsmetoders effektivitet.

- Vi ser en risk med att prioriteringar på grund av resursknapphet i praktiken kan komma att användas som besparingsinstrument och som ett alternativ till att effektivisera verksamheten och därmed inskränka det offentliga åtagandet.
- Att klara vårdgarantin tror vi handlar om att förändra attityder och att tillskapa bättre struktur, flöden och logistik i sjukvården.
- Vi förstår argumentet att valfriheten kan störa prioriteringar i det egna landstinget, men inte att den totalt sett gör det, eftersom en patient från ett annat landsting inte får gå före i det mottagande landstingets kö.
- Vi tror att patienternas valfrihet är ett viktigt styrmedel för att utveckla sjukvårdens effektivitet. Jfr t.ex. von Otter: ”Om patienterna hålls informerade om kvalitetsindikatorer och kan agera på basis av mer relevant information än de hittills fått tillgång till, skulle patientvalens betydelse som styrmedel fördjupas.”²³
- Vi anser att valfrihet för patienten och tillgänglighet i sjukvården är centrala strategiska instrument. Vilken strategi man väljer beror på vad man vill. Vill man även i framtiden ha en offentligt finansierad sjukvård måste man tillåta valfrihet och få bort köer och väntetider.

²³ Casten von Otter a a, 1996, sid 55

5 Hur landstingen utvecklar effektivitet

5.1 Strukturella förändringar

När man frågar landstingsföreträdare vad de gör för att öka effektiviteten i verksamheten hänvisar flertalet till omstruktureringar.

Flertalet landsting antingen står inför eller genomför omstruktureringar av hälso- och sjukvården. Den dominerande idén bakom strukturförändringarna är att skapa en mer tillgänglig vård med högre kvalitet och kostnadseffektivitet. Ibland finns även besparingar med som motiv. I enstaka fall är besparingar det enda motivet.

Samverkan, helhetssyn, tillgänglighet, patientperspektiv, ”teamarbete” och kvalitet är ofta nyckelbegrepp i omstruktureringsdokumenten. Bakom detta ligger utvecklingen inom vården, som gått mot ökad specialisering och fragmentering, samt samverkansproblem mellan huvudmän, vårdgivare och professioner. Denna utveckling bedöms inte vara i takt med dagens och morgondagens vårdbehov med bl.a. fler multisjuka äldre och fler sammansatta och diffusa sjukdomstillstånd.

Utvecklingen i hälso- och sjukvården hänger i hög grad samman med den medicinsk-tekniska utvecklingen, utvecklingen av behandlingsmetoder och ökade krav på kostnadseffektivitet. Mycket som tidigare krävde sjukhusresurser kan idag utföras i den öppna vården. Den snabba utvecklingen ställer också högre krav på kompetens – arbetsmiljöer med en s.k. kritisk massa och patientunderlag som medger att man tillräckligt ofta kan arbeta

med samma slag av vårduppgifter för att upprätthålla och utveckla hög kvalitet.

De bakomliggande orsakerna till omstruktureringar inrymmer ibland också demografiska förändringar, såsom befolkningsförflyttningar från glesbygd till tätort eller från inland till kust. Ett exempel på följderna av både ökade krav genom medicinsk utveckling och befolkningsminskning är förlossningsvården i Kiruna. Även om man skulle tillhandahålla tillräckliga medicinska och tekniska resurser skulle det vara svårt att upprätthålla kompetensen, därför att antalet förlossningar är för litet. Verksamheten skulle därmed vara alltför riskfylld.

Centralt i omstruktureringarna är att stärka närsjukvården, ett begrepp som används för den öppna vården. Närsjukvården ska knyta samman primärvård och specialiserad vård och svara för den grundläggande sjukvård som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser. I t.ex. Dalarnas läns landsting menar man att närsjukvården ska omhänderta 80 % av sjukvårdsbehoven. För att den specialiserade och högspecialiserade vården ska kunna hålla jämna steg med utvecklingen krävs dessutom ofta koncentration till färre enheter.

Socialstyrelsen har konstaterat ²⁴ att det inte finns någon entydig definition på närsjukvård. Detta är även vårt intryck från bl.a. de intervjuer vi har genomfört. Man kan säga att närsjukvård är en idé om hur vården ska fås att fungera bättre och svara mot dagens behov. Det kräver ett nytt sätt att arbeta, vilket ofta betonas. Närsjukvård är inte alltid ett organisatoriskt begrepp. I t.ex. Kalmar läns landsting ser man närsjukvård som beskrivningar av systemsamband och vårdprocesser. Närsjukvård ingår dock ofta som en organisatorisk del i en omstrukturering.

Nedan ges några exempel på omstruktureringar av hälso- och sjukvården.

En omfattande strukturförändring pågår i Region Skåne – ”Skånsk livskraft - vård och hälsa.” Målet här är mycket tydligt - att ge skåningarna en bättre och jämlikare hälsa genom en trygg

²⁴ Kartläggning av närsjukvård, lägesrapport 2003

och tillgänglig sjukvård av hög kvalitet. Förändringsarbetet har sin utgångspunkt i ett medborgar- och patientperspektiv. Man konstaterar att vårdprocesserna idag är splittrade och att det råder brist på helhetssyn. Framtidens sjukvård kräver ett nytt arbetssätt som bygger på att patienter får tillgång till rätt kompetens för sina vårdbehov och att olika kompetenser samlas runt patienten i ett välutvecklat teamarbete.

Den nya strukturen byggs upp kring fyra "vårdlogiker": Närsjukvård, specialiserad akut sjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård. Till bilden hör också att familjeläkarsystem införs och en satsning görs på en samordnad och förstärkt sjukvårdsupplysning.

Förändringsarbetet påbörjades 2001 i stor politisk enighet. I den politiska styrgrupp med representation från alla partier som leder arbetet är också kommunerna representerade. Förändringsarbetet är väl förankrat i sjukvårdsorganisationen och bedrivs av olika projektgrupper med företrädare från verksamheterna.

I Stockholms läns landsting har Huddinge sjukhus (HS) och Karolinska sjukhuset (KS) nyligen lagts samman med en gemensam ledning. Utgångspunkten här har varit den medicinska forskningens framtida konkurrenskraft, nationellt och internationellt sett, samt den högspecialiserade vårdens behov av koncentration. I beslutsunderlaget åberopas den tidigare universitetssjukhusutredningen inom landstinget, som bl.a. framhåller att den unika uppgiften för ett universitetssjukhus är att bedriva forskning. "Den högspecialiserade vården bör lokaliseras till universitetssjukhuset, dels för att den har ett nära samband med forskning och utbildning, dels för att den måste koncentreras till ett fåtal enheter av kompetens- och andra effektivitetsskäl."

Nästa steg är att profilera och samordna det sammanslagna sjukhuset. I en framtid är tanken att det nya universitetssjukhuset ska ha endast den bassjukvård som behövs som stöd för den högspecialiserade vården, FoU och utbildningarna. I

planerna ingår också att så småningom bygga ett helt nytt universitetssjukhus.

Denna förändring är främst betingad av ett konkurrens- och tillväxtperspektiv. Men bakom sammanslagningen av HS och KS finns också ekonomiska motiv. Kammarrätten meddelade hösten 2003 dom i fråga om ett överklagande av att Stockholms läns landstings budget inte var i balans. Landstinget arbetade då fram en budget i balans för 2004. Sammanslagningen av sjukhusen beräknas 2004 ge 100 miljoner kronor i besparing, 2005 och 2006 anges 490 respektive 590 miljoner kronor.

Sammanslagningen ska också ses i ett helhetsperspektiv vad gäller vårdstrukturen i Stockholm. En fortsatt utveckling av närsjukvården med närakuter och av primärvården är en förutsättning för att den vision/idéskiss som föreligger om det nya universitetssjukhuset ska kunna förverkligas. Politiska beslut om den framtida inriktningen av vården i landstinget beräknas tas under våren 2005.

I Västra Götalandsregionen inleddes i början av 2003 ett arbete med att förändra vårdstrukturen i regionen. Syftet är att ge invånarna en trygg och tillgänglig sjukvård som tillgodoser behovet av både akut och planerad vård. Syftet är också att ta tillvara regionens möjligheter att använda de gemensamma resurserna så effektivt som möjligt. Patientperspektiv, medicinsk säkerhet och kvalitet är styrande för arbetet.

Inriktningen är fyra grundläggande vårdnivåer: Primärvård, som ska vara basen i hälso- och sjukvården, specialistsjukhus med ett utökat ansvar för planerad vård och varierande grad av akut verksamhet, akutsjukhus med akut opererande specialiteter och viss internmedicin samt regionsjukhuset för den högspecialiserade vården.

Man konstaterar bl.a. att den planerade vården många gånger får stå tillbaka för att den akuta vården prioriteras. En andel av den planerade verksamheten behöver därför skiljas av från den akuta och koncentreras. Samtidigt behöver enheter för akutvård en viss mängd planerad vård för att effektiviteten ska kunna upprätthållas. Strategin i stort går ut på att omfördela resurserna

från den akuta sjukhusvården till primär- och närsjukvården samt den planerade vården.

Arbetet har under 2004 fortsatt med bl.a. konsekvensanalyser av strukturförslaget. Dessa innehåller analyser av strukturförändringarnas påverkan på patientflöden, ekonomin, arbetsmiljön, investeringar, puckerkostnader och personalförsörjning.

I Västmanlands läns landsting var det överordnade målet för omstruktureringen både att skapa en sjukvård som klarar dagens och morgondagens kvalitetskrav och att få en ekonomi i balans. Underskottet 2002 uppgick till drygt 4 % av nettokostnaderna och kostnadsutvecklingen var bland de högre i landet. Målsättningen var att dra ned kostnaderna med drygt 230 miljoner kronor till 2005.

Fullmäktige fattade ett enigt beslut om en satsning på närsjukvård och en koncentration av den specialiserade vården och akut vård. Samverkan mellan familjeläkare, närsjukhus och kommunernas hälso- och sjukvård ströks under. De förtroendevalda hade ett trettiotal öppna möten med allmänheten om förslaget till ny struktur.

Samtidigt genomfördes andra sparåtgärder: Anställningsstopp, höjda patientavgifter, obligatorisk remiss till vissa specialistläkare, färre vårdplatser och begränsningar i patienternas frihet att välja vård i andra landsting. En gemensam nämnd har bildats med Södermanlands läns landsting för samverkan om delar av specialistsjukvården och service.

Bokslutsresultatet för 2003 blev - om man bortser från omstrukturingskostnader på 261 miljoner kronor - bättre än budget med endast ett litet underskott. Kostnadsökningstakten hade minskat från 11 % år 2002 till 2 %. Resultatet är dock, bortsett från omstrukturingskostnaderna, knappast påverkat av själva omstruktureringen, som började genomföras först under 2004.

Prognosen för 2004 redovisar ett överskott på 19 miljoner kronor. Den främsta förklaringen till det goda resultatet är den nu genomförda omstruktureringen. Man förefaller ha lyckats

med målet att dra ned kostnaderna med drygt 230 miljoner kronor.

Västmanland är ett av de landsting som noggrant beräknat engångsvisa omstruktureringskostnader, vilket inte alltid sker. Inte heller konkreta handlingsplaner för att styra och följa upp omstruktureringsprocessen är särskilt vanliga.

Skälen till att Västmanland har lyckats så väl med att genom omstrukturering också dra ned kostnaderna anser vi är följande:

- Man hade ett tydligt besparingsmål.
- Man gjorde ordentliga analyser av var och hur besparingarna skulle falla ut.
- Man hade professionen med sig.
- Man gjorde om organisationen för att kunna styra bättre; driftsnämnderna togs bort, landstingsstyrelsen styrde ensam och gav ett tydligt mandat till landstingsdirektören.
- Det fanns enighet mellan de politiska blocken om vad som skulle göras och vad som skulle uppnås.

Även Västernorrlands läns landsting planerar en omstrukturering med syfte att reducera kostnaderna. Inriktningen här är att minska utbudspunkter och omfattning av både primärvård och slutenvård. Västernorrland är ett exempel på ett landsting med mycket glesbygd och med alltför stor kostym.

I ett av beslutsunderlagen anges att utbudspunkterna för sjukhusvård inte har förändrats på 100 år trots en betydande befolkningsminskning, kommunikationsförbättringar, utbyggnad av primärvård och förbättrad medicinsk säkerhet och ambulansservice. ”Nuvarande antal akutsjukhus i länet måste i en nationell jämförelse ses som tämligen unikt.” År 2003 låg Västernorrland bland de högsta i landet när det gällde sjukvårdskostnader per invånare.

Det förändringsarbete som pågår i Kalmar läns landsting syftar till att öka tillgänglighet, kvalitet och säkerhet samt att förbättra samverkan men i hög grad också till att bromsa kostnadsutvecklingen. Åtgärderna inbegriper strukturförändringar, arbete med inre effektivitet och anställningsstopp. "Landstingets kostym är inte bara för stor, den är även gammalmodig" sägs det i Landstingsplanen 2004-2006. "Den sjukvård vi har idag är uppbyggd efter en annan verklighet, exempelvis beträffande befolkningsstruktur, behandlingsmetoder, medicinsk teknik och transportmöjligheter."

Kalmar läns landsting betonar att det inte bara är frågan om strukturella förändringar vad gäller utbudspunkter o.d., utan också om att effektivisera vården genom fortsatt satsning på åtgärder som förändrar vårdprocesserna och det dagliga arbetet.

Bla. arbetar man med köförcortande åtgärder, t.ex. enligt metoden "Bra mottagning". Hållbarheten av mottagningarnas resultat följs upp. Man kommer även att särskilt fokusera på patientutvärderingar, patientsäkerhetsarbete samt på att göra sjukhusens öppenvårdsmottagningar tillgängliga via Internet. Arbete med inre effektivitet och struktursparåtgärder nämns på en och samma gång.

5.2 Omstruktureringar och effektivitet

Det är svårt att resa invändningar mot landstingens sätt att tänka omkring omstruktureringarna. Men vilka problem är det man försöker lösa? Och är strukturförändringar rätt åtgärd för att lösa dem?

Om man lyckas med målsättningen att stärka närsjukvården och att koncentrera specialiserad och högspecialiserad vård och därmed ge förutsättningar för tillräckligt kritiska arbetsmiljöer och patientunderlag för att utveckla kompetens i takt med utvecklingen av teknik och behandlingsmetoder, bör såväl kvalitet i vården som kostnadseffektivitet öka.

Vi vill här infoga att tidigare svårigheter att lyckas med den typen av målsättningar har belysts av Anders Anell, som påpekar

att den politiska ambition som funnits sedan slutet av 1960-talet att föra över resurser från den sjukhusbaserade specialistvården till primärvården har gått trögt. Skälen till det är flera. Både profession och förtroendevalda har haft andra drivkrafter²⁵.

Men annat som ska åstadkommas genom omstruktureringar – samverkan, helhetssyn, tillgänglighet, patientperspektiv, ”teamarbete” och patientsäkerhet – är snarare brister och problem i vården som inte har så mycket med struktur att göra.

Bristande samverkan mellan olika professioner i vården, mellan kommuner och landsting samt mellan primärvård och sjukhus har enligt vår uppfattning snarare sin grund i oförmåga att tänka och bete sig i enlighet med vad som ska åstadkommas än i en viss struktur. Att man inte agerar målinriktat eller vägleds av de effekter som verksamheten ska resultera i för patienten medför att olika särintressen blir överordnade. Detta skapar höga transaktionskostnader och låg effektivitet. Problemet är generellt sett inte ovanligt i offentlig verksamhet.

På Gotland är det kommunen som har ansvar för hälso- och sjukvården. Där fungerar samarbetet mellan hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och psykiatrin bättre än på flertalet andra ställen. Det skulle tala för att struktur och organisatoriska gränser kan ha en stor betydelse. Å andra sidan fungerar enligt vår uppfattning även samverkan mellan olika professioner samt mellan primärvård och sjukhus bättre på Gotland. Det tror vi beror på att personal och ledning har en stark medvetenhet om att man måste klara av att upprätthålla en sjukvård som är anpassad inte bara till de 57 000 egna invånarna, utan även till hundratusentals turister under turistsäsongen. Detta är ett påtagligt effektivitetskrav, som är överordnat både struktur och organisatoriska gränser, även om det senare sannolikt också har en viss betydelse.

Den bristande tillgängligheten i framför allt planerad vård och primärvård är enligt vår mening ett av sjukvårdens största problem. Det är möjligt att en del av lösningen på det problemet finns i strukturella grepp, där man så långt som möjligt skiljer

²⁵ Anell a a, 2004

akut sjukvård från den övriga, förstärker primär-, närsjukvård och planerad specialiserad vård och försöker att få patienterna till rätt vårdnivå. Det borde ge förutsättningar för en bättre tillgänglighet, men räcker sannolikt inte fullt ut. Tillgänglighet handlar enligt vår uppfattning mer om hur man planerar och organiserar arbetet. Så länge man inte förmår att anpassa kapacitet och efterfrågan samt arbetsätt och arbetsorganisation efter patientens behov av en fungerande vårdkedja uppstår varken tillgänglighet, helhetssyn, ”teamarbete” eller högre kvalitet. I grunden handlar det här om värderingar, attityder och kompetens – kompetens i betydelsen att förstå sitt arbete och vad arbetet är till för.

5.3 Reflektioner

Man måste vara klar över vilka problem man kan lösa och vilka problem man inte kan lösa med strukturella förändringar. Omstruktureringarna kan om de lyckas ge vissa effektivitetsvinster, men löser långt ifrån alla problem. Traditioner, tankemönster och beteendemönster lär knappast förändras därför att strukturen förändras. Vedertagna och ineffektiva sätt att arbeta följer lätt med in i den nya strukturen om de inte lyfts fram, problematiseras och åtgärdas.

- Kalmar läns landsting har tidigt insett att man måste arbeta med inre effektivitet parallellt med strukturella åtgärder. Vi tycker oss ha märkt att den insikten sakta men successivt ökar i landstingen.
- Vi tror att kontinuitet och förändringsbenägenhet skulle öka om landstingen satsade mer på arbete med inre effektivitet och genomförde strukturella förändringar i små steg över längre tid.
- Inte sällan tror man att omstruktureringen ska resultera i rena besparingar. Detta är tveksamt, även om det bör

vara möjligt i fall som t.ex. Västernorrlands, där man har en alldeles för omfattande hälso- och sjukvårdsapparat sett till befolkningsunderlaget. Det bör då vara möjligt att begränsa utbudet genom direkta nedläggningar. Ett landsting som förefaller ha lyckats få ned kostnaderna genom strukturåtgärder är Västmanland.

- Vi tror att landstingen bör lägga ned mer kraft på konsekvensanalyser och på att arbeta fram konkreta genomförandeplaner för omstruktureringarna. Konsekvensanalyser av den typ som har gjorts i Västra Götalandsregionen har vi inte sett många av. Västmanland är ett bra exempel på hur man styr genomförandet.

5.4 Effektivitet i system och processer

Den offentliga verksamheten är till för att skapa ett värde för medborgarna. Vad som ska åstadkommas i ett offentligt verksamhetsområde uttrycks – mer eller mindre explicit – i ett offentligt åtagande. När det gäller hälso- och sjukvård kanske det offentliga åtagandet kan formuleras som att förebygga ohälsa samt att bota sjuka människor eller göra dem friskare – på lika villkor och med hög kvalitet.

För att ett offentligt åtagande ska uppfyllas är oftast flera aktörer inblandade. De ingår då i ett system. Men de mål som har sin utgångspunkt i tolkning av det offentliga åtagandet sträcker sig sällan över organisatoriska gränser. Därav följer att uppföljningen inte heller gör det – det som följs upp är i bästa fall prestationer i en viss organisation och sällan effekterna av en verksamhet som omfattar flera aktörer.

För att underlätta uppfyllandet av det offentliga åtagandet har de politiska ledningarna i stat, landsting och kommuner ett antal styrmedel till sitt förfogande, främst i form av övergripande målformulering, resurstilldelning, regelverk och organisationsstruktur.

Om det offentliga åtagandet uppfylls eller inte är mycket avhängigt av vad som sker i produktionsapparaten, dvs. i de processer som ingår i systemen och som ska vara värdeskapande för - i hälso- och sjukvårdens fall - patienten. Här handlar det om hur man använder resurserna, hur det dagliga arbetet är organiserat, hur man samverkar med andra och vilka värderingar som råder. Ett ofta citerat uttalande är: "Varje system är perfekt designat för att uppnå det resultat det uppnår" (Donald Berwick, se nedan). Har man köer eller felaktig läkemedelsbehandling, överdödlighet på sjukhus eller patienter som "faller mellan stolar" så är det just det som systemet är designat för.

Viktigt att stryka under är att ett system- och processorienterat effektiviseringsarbete inte handlar om att få personalen "att springa fortare". Det är tvärtom felaktiga system och processer som orsakar stress. "Kör inte fortare, byt bil"²⁶

Det finns många beskrivningar av komplexiteten i offentliga verksamheter. Ett exempel är Riksrevisionsverkets (RRV) interna pm från 1985, som också väl belyser effektiviseringspotentialen i att tillämpa ett system- och processinriktat synsätt²⁷. Ett aktuellt exempel, som både belyser komplexiteten och bristerna i styrningen av den statliga verksamheten är "Processbaserad verksamhetsstyrning i staten", som utkom 2004.²⁸

Effektiviseringsarbete av det här slaget har enligt vår mening en mycket stor potential. KKR/ESV framhåller i sin rapport att processarbete med fokus på effektivisering normalt sett ger vinster på 15-25 %, men att potentialen kan vara större i tjänsteprocesser. Uppgifter förekommer om en potential på upp till 30-40 %.

Ett konsultföretag, som under åren 2001–2003 studerat personalens, främst läkares och sjuksköterskors, tidsanvändning vid 13 kliniker i tre landsting bedömer att åtgärder rörande den interna effektiviteten i ett första steg skulle ge en kostnadsänkning på 13-15 % per landsting och i ett andra steg betydligt mer (PWC, "Vårdens resurser räcker inte!". Föredrag

²⁶Donald Berwick.

²⁷Systemorienterad förvaltningsrevision, RRV 1985

²⁸Statens kvalitets- och kompetensråd, KKR, och Ekonomistyrningsverket, ESV

vid seminarium i Finansdepartementet den 5 februari 2004). 15 % av landstingens sammantagna bruttokostnader är ca 29 miljarder kronor. 15 % av nettokostnaderna är drygt 20 miljarder kronor.

Det landsting som mest systematiskt arbetar med inre effektivitet, Jönköpings läns landsting, beräknar effektivitetsvinsten av detta arbete till ca 80 miljoner kronor per år. Det utgör närmare 2 % av nettokostnaderna i landstinget. "Översatt" till hela landstingssektorn innebär det ca 3 miljarder per år och att ett utrymme om ca 30 miljarder skulle kunna skapas under en tioårsperiod.

Många landsting arbetar system- och processinriktat med förändringar i syfte att öka effektiviteten, inte sällan inspirerade av den "genombrottsmetod" för förändringsarbete som introducerats av Landstingsförbundet under andra hälften av 1990-talet. Metoden har sin förebild i "Breakthrough series" som utarbetats av The Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston. Genombrottsmetodiken är uppbyggd kring den s.k. PDSA-cykeln (Plan, Do, Study and Act). Modellen innebär i korthet att man börjar arbetet med att planera en förändring. Man analyserar förutsättningarna, sätter mål och gör en handlingsplan. Därefter prövar man förändringen stegvis. Utfallet dokumenteras och analyseras, varpå man tar ställning till om förändringen ska tillämpas i verksamheten eller ej.

Under de två år vi arbetat med landsting har vi märkt ett stigande intresse för att arbeta system- och processinriktat med effektivitet. I vilken grad det sker varierar dock. Det finns landsting som inte alls ägnar sig åt den här typen av effektiviseringsarbete.

En föregångare och ett unikt exempel är Jönköpings läns landsting. Jönköping samarbetar sedan ett antal år med den amerikanska non-profitorganisationen "The Institute for Healthcare Improvement" (IHI) och med dess chef, professor Donald Berwick. Jönköping har, i partnerskap med Apoteket AB, en utvecklingsavdelning, Qulturum, som stöder, leder och samordnar förändringsarbetet. Jönköping deltar bl.a. i ett

internationellt projekt som leds av IHI, "Pursuing Perfection". I projektet ingår förutom Jönköpings läns landsting sju sjukvårdsorganisationer från USA, fyra från Storbritannien och en från Nederländerna. Syftet är att lära av och jämföra sig med varandra. De deltagande sjukvårdsorganisationerna har blivit utvalda efter ansökningsförfarande. Projektet har sitt ursprung i ett antal rapporter, som presenterades av Institute of Medicine i USA i slutet av 1990-talet och som påtalade kvalitetsproblem i den amerikanska sjukvården.

Utifrån ett patientperspektiv arbetar Jönköping med att höja kvalitet och produktivitet inom fem strategiskt valda områden: Tillgänglighet, samverkan/flöde, kliniska förbättringar, patient-säkerhet och läkemedelsanvändning. Man mäter resultaten av projekten och "effektivitetsvinsten" eller kvalitetsbristkostnaden är försiktigt räknat 15-20 miljoner kronor per strategiskt område och år. I början av 2004 hade man över 300 tvärprofessionella "team" som arbetade med förbättringar i de fem strategiska områdena.

Nedan ges ett axplock av exempel från utvecklingsarbetet kring processer och kvalitet.

Bristnade tillgänglighet anses som tidigare nämnts vara ett av de större problemen i svensk sjukvård. Jönköpings läns landsting startade 1999 i samverkan med Landstingsförbundet nätverksprojektet "Bra mottagning" för att hantera problemet. Från början deltog ett landsting, Jönköping, i projektet. Det har sedan utvärderats, utvecklats och fått en större spridning, till drygt hälften av landstingen samt Gotlands kommun.

Budskapet i "Bra mottagning" går förenklat uttryckt ut på att balansera utbud med efterfrågan. Eftersom efterfrågan är förutsägbar – väntelistan är oftast lika lång från det ena året till det andra – kan utbudet planeras därefter. Det handlar om att genomföra förändringar som frigör resurser, d.v.s. som ökar utbudet och minskar efterfrågan.

År 2002, då 37 vårdteam från fem landsting hade deltagit i projektet "Bra mottagning", utvärderades det ²⁹. Knappt hälften av teamen uppnådde en förbättrad tillgänglighet. Av dessa hade ungefär hälften uppnått s.k. Advanced Access, d.v.s. de kunde erbjuda patienten tid inom 1-3 dagar i primärvården och inom 1-14 dagar i specialistvården. Andra uppnådda resultat var ökad patient- och personaltillfredsställelse.

Qulturum har gett ut en lärobok i tillgänglighet, "När tiden inte räcker till" (2003).

Ett ofta relaterat exempel på processinriktat effektivitetsarbete gäller det som utfördes vid medicinkliniken vid Högländs-sjukhuset i Eksjö. Kliniken hade problem med långa väntetider och överbeläggning samt hade svårt att hålla sin budget. Genom att utgå från ett patientperspektiv, vilket ledde till samverkan mellan olika delar i sjukhuset, primärvård och kommunernas äldreomsorg, lyckades man både korta vårdköerna, ge patienten bättre vård, spara resurser och få en bättre arbetsmiljö för personalen. Kliniken har fått flera kvalitetspris för detta. "Vi - - - utgick från en fiktiv patient som alla kände, Esther som har hjärtsvikt. Vilka värden vill vi skapa för henne? Vilka samarbetar runt henne? Vad händer i omvärlden som kan komma att påverka hur vi behandlar henne?" ³⁰ Högländs sjukhuset har fortsatt sitt utvecklingsarbete som nu omfattar kliniska förbättringar också inom bl.a. njurmedicin och dyspepsi (sur mage). I det senare fallet sparas 15 miljoner kronor per år genom att patienten får träffa en kirurg inom 24 timmar i stället för efter åtskilliga månader.

Många vårdgivare inom Jönköpings läns landsting arbetar med projekt inom samtliga fem strategiområden. Som exempel på förbättrad patientsäkerhet kan nämnas en genomgång av några kommunala servicehem med syfte att minska riskerna för fallolyckor. Resultatet blev att dessa minskade med 75 %. Att omhänderta ett benbrott kostar 500 000 kronor. För närvarande

²⁹ Trygghetsfonden, rapport 3/2002

³⁰ Ta bort sängar för att ge plats till patienterna", 2002 Högländs sjukhuset, Eksjö

genomförs denna genomgång i hela länet och beräknas ge "effektivitetsvinster" på ca 6-8 miljoner kronor.

Vid Lunds universitetssjukhus utgår effektiviseringsarbetet från de strategiska mål som lagts fast i sjukhusets strategiska plan. Ett av dem lyder: "Vi ska ge högklassig vård med god tillgänglighet." Här är tre områden prioriterade: Hög patientsäkerhet, kortare ledtid för utredning och behandling samt öppen redovisning av behandlingsresultat.

Universitetssjukhuset i Lund har sedan 2001, som första sjukhus, med pressmeddelanden offentliggjort alla anmälningar enligt Lex Maria. Den öppna inställningen har sedan spritt sig till flera sjukhus.

Patientsäkerhetsarbetet inrymmer bl.a. systematisk avvikelserapportering, men också arbete med förbättrad användning av läkemedel. Felaktig användning av läkemedel är vanlig och medför risker för patienten och kostnader för samhället. Enligt uppgift kostar t.ex. patienter som lagts in på sjukhus på grund av felaktig läkemedelsanvändning i Stockholms läns landsting 400 miljoner kronor per år.

För att korta ledtiderna har sjukhuset i Lund anställt en logistikexpert från industrin. Arbetet med kortare ledtider bedrivs inom programmet "Vård utan omvägar". Man har bl.a. som delmål att korta tiden för remisshantering.

Det finns många exempel på framgångsrikt effektivitetsarbete från ett system- och processperspektiv vid sjukhuset i Lund. Ett sådant gäller psykos- och missbruksteamet, som tar emot patienter med dubbeldiagnoser. Behandling och stöd till dessa patienter försvåras av att ansvaret är delat mellan kommun och landsting. Genom samarbete har man dock lyckats uppnå en rad förbättringar, t.ex. fler missbruksfria och minskat antal vård dagar. Ett annat exempel gäller huvud-halssektionen som minskat väntetiderna för cancerpatienter med 35 % och för strumapatienter från tre år till tre månader. Det har skett bl.a. genom att läkaren fått ett personligt ansvar för sin egen väntelista, vilket gett motivation att effektivisera.

Östergötlands läns landsting har skapat en patientsäkerhetsenhet som utgår ifrån en systemsyn på patientsäkerhet. Det är brister i organisation och rutiner som ska åtgärdas och inte individer som ska pekats ut för att de "gjort fel".

Ett sätt att förbättra effektiviteten i verksamheten, som vi tror är mindre vanligt inom hälso- och sjukvården, tillämpas av psykiatriförvaltningen i Hallands läns landsting. Man uppdrar vartannat år åt utomstående experter att gå igenom och bedöma verksamheten.

Effektiviseringsarbetet i Jönköpings läns landsting har ett starkt stöd från landstingets politiska ledning. Några landsting har centrala staber som ger råd och stöd; det gäller Örebro läns landsting med projektet Fokus Framtid och Västra Götalandsregionen med Centrum för verksamhetsutveckling. Värmlands läns landsting håller på att bygga upp en utvecklingsavdelning och Region Skåne ska etablera ett utvecklingscentrum under 2005. Men i flertalet fall är det de olika vårdgivarna som själva tar initiativet. Som vi uppfattat det är effektiviseringsarbetet mycket beroende av "eldsjälar", vilka inte sällan är läkare.

5.5 Reflektioner

- Indikationer finns på en effektiviseringspotential i hälso- och sjukvården på minst 30 miljarder kronor över en tioårsperiod. Den bör tas tillvara för att öka värdet för patienten och för att ge utrymme åt mer verksamhet. Utrymmet är sannolikt större än 30 miljarder – i bedömningen har t.ex. inte beaktats vad ny teknik och nya behandlingsmetoder kan ge.
- Vi tror att förändringar i värderingar och arbetssätt som utgår från patientens process i sjukvården är rätt väg för att höja effektiviteten. Ett sådant arbete blir målinriktat i och med att man då i tanken blir styrd av vilka effekter som ska åstadkommas, nämligen en frisk patient. Eftersom många aktörer är inblandade och bidrar i denna

process leder det till förändringar i systemen och till förståelse för hur systemet fungerar och ska fungera.

- Även om vi har märkt ett stigande intresse anser vi att landstingen generellt sett arbetar alltför lite med effektivitetshöjande åtgärder utifrån ett system- och processperspektiv. Diskrepansen mellan sämst och bäst är slående – här finns landsting som ännu inte alls tänker i dessa banor och här finns lysande exempel på system- och processorienterat effektiviseringsarbete.
- Långt ifrån alla landsting som arbetar system- och processinriktat följer upp eller mäter resultaten av arbetet. Vi tror att det är viktigt att göra det, liksom att beprövade sätt att mäta och bedöma sprids.
- Vi tror att det är viktigt att landstingens politiska ledningar ger ett uttalat stöd för system- och processinriktade projekt och för utbildning i processledning. Även staten borde tydligare stödja detta.
- Staten borde ansöka om ett ”Pursuing perfection”-projekt i Sverige. Jämförelsen med andra sjukvårdsorganisationer och de lärdomar man kan dra av det skulle vara utvecklande och det skulle ge kunskap om svensk sjukvårds status i förhållande till sjukvården i andra länder.
- Vi anser också att den metod för granskning av verksamheten som används i psykiatriförvaltningen i Halland bör spridas. Genomgångar av t.ex. utländska experter av olika verksamhetsområden skulle kunna ge en uppfattning om hur svensk sjukvård i olika avseenden står sig i en internationell jämförelse. Liknande granskningar görs som en del i ovan nämnda Pursuing perfection-projekt.

6 Avslutande reflektioner

I landstingsvärlden finns ett starkt engagemang och mycket av konstruktiv självkritik. Det händer mycket hela tiden. Under de två år som vi i arbetsgruppen har sysslat med landsting har vi noterat en avsevärd skärpning när det gäller ekonomisk uppföljning och kontroll samt ett ökande intresse för effektivitetsfrågor. Vi har sett åtskilliga goda initiativ. I rapporten har vi lyft fram exempel på sådana.

Ändå finns det enligt vår uppfattning anledning att vara kritisk, att önska mer. Hälsa- och sjukvårdsverksamheten är på flera plan ovanligt komplex. Kritiska reflektioner måste ses mot den bakgrunden.

Det finns en stor potential för effektivisering i hälso- och sjukvården. Med detta menar vi att det i ekonomiska termer finns ett utrymme, som bör tas tillvara. Inriktningen på sådana ansträngningar bör vara att skapa ett högre värde för patienten. Ökad effektivitet i system och processer skulle också innebära en bättre arbetsmiljö för de anställda.

Det är svårt att bedöma exakt hur stor effektiviseringspotentialen är. Underlag för det saknas. Vi har med några räkneexempel som grund bedömt att det handlar om minst 30 miljarder kronor över en tioårsperiod. Men det goda effektiviseringsarbete som bedrivs i många landsting och som vi har gett exempel på, omfattar än så länge i mindre utsträckning system som inrymmer flera aktörer, såsom t.ex. olika vårdnivåer och olika huvudmän. Inte heller går det att bedöma vad ny teknik och nya behandlingsmetoder kan ge i fråga om högre

kvalitet och produktivitet. Med beaktande av det förmodar vi att effektiviseringspotentialen är ännu större.

Vi anser att de omstruktureringar som flertalet landsting genomför eller står inför är välmotiverade. Men de löser inte problem som har med inre effektivitet att göra. Vedertagna och ineffektiva sätt att arbeta följer lätt med in i den nya strukturen om de inte problematiseras och åtgärdas.

Ett framgångsrikt arbete med inre effektivitet från ett system- och processorienterat perspektiv ger långsiktigt hållbara "vinster". Skattehöjningar har vi konstaterat är en kortsiktig metod. De leder såvitt vi har funnit varken till en ekonomi i balans eller minskande köer.

De goda exempel vi har lyft fram, där man har lyckats höja både kvalitet och produktivitet, har utgått från patientens perspektiv. Just patientperspektivet menar vi annars är ett av problemen i svensk sjukvård. I sjukvården vill man hjälpa patienten, men den interna kulturens traditioner och värderingar inbjuder inte till att man ser patientens väg i ett system eller i en kedja av händelser. Det finns vidare en mängd mätetal, men de flesta är producentrelaterade. Det finns enligt vår uppfattning ett stort behov av uppföljning av kvalitet och resultat från ett patientperspektiv. Detta tror vi skulle underlättas om de övergripande målen för hälso- och sjukvården formuleras som mätbara effektmål, dvs. det är effekterna för patienterna som ska följas upp. Vi har gett exempel på sådana mål. Överhuvudtaget efterlyser vi ett mer samlat grepp när det gäller uppföljningen på olika nivåer. Det behövs enhetliga definitioner och mätetal.

Vi anser att det skulle vara till nytta för svensk sjukvård om Sverige ansökte om medverkan i ett s.k. Pursuing Perfection-projekt. Mot bakgrund av den framgång som Jönköpings läns landsting har rönt i ett sådant projekt vågar vi tro att en bredare medverkan skulle ge både lärande och inspiration för sjukvården. Det skulle också medföra en belysning av svensk sjukvård i ett internationellt perspektiv.

Att få bort väntetider och köer för besök och behandlingar är enligt vår uppfattning den strategiskt sett viktigaste åtgärden om

man vill behålla en offentligt finansierad sjukvård med lika villkor för alla medborgare.

Vi tror att ett ökat patientinflytande, bl.a. i form av valfrihet mellan vårdgivare, skulle påverka hälso- och sjukvården att utvecklas positivt utifrån ett patientperspektiv. Kunskap om såväl köer som kvalitet hos olika vårdgivare är väsentlig för att kunna välja. Möjligheten att skaffa denna kunskap bör så långt som möjligt underlättas. Vi anser t.ex. att de nationella kvalitetsregistren ska vara offentliga i sin helhet och i språk och form vara tillgängliga även för en lekman.

Våra reflektioner har också kretsat kring den ledning som de förtroendevalda i landstingen utövar. I flertalet landsting strävar man efter att komma överens över parti- och blockgränser när det gäller strategiska och långsiktigt viktiga frågor som t.ex. omstruktureringar, hur besparingar ska ske och vilka regiformer som ska gälla. Vi anser att det är en lovvärd strävan. Hälso- och sjukvårdsverksamheten kräver stabila och långsiktiga förutsättningar.

Litteraturförteckning

Anell, Anders o. Rosén, Per (red), Valfrihet och jämlikhet i vården. SNS 1996

Anell, Anders, Struktur, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar. Studentlitteratur 2004

Brorström, Björn o. Siverbo, Sven, De fattiga och de rika. Ett institutionellt perspektiv på kommuners ekonomiska utveckling. Lund 2002

Brorström, Björn o. Siverbo, Sven, Institutioner och individer. Om utveckling i framgångsrika kommuner. Lund 2001

Brorström, Björn, Kontinuitet och förändring. Förutsättningar för mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården. Göteborgs universitet 2001

Charpentier, Claes o. Samuelson, Lars A., Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen. EFI 2000

The Economist, The Health of Nations, A survey of health-care finance. Juli 2004

Ekonomistyrningsverket o. Statens kvalitets- och kompetensråd, Processbaserad verksamhetsstyrning i staten – från ärende till medborgare. Rapport maj 2004

Fölster, Stefan m.fl., Den sjuka vården. Stockholm 2003

Hallin, Bo o. Siverbo, Sven, Jakten på den goda styrningen. En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. CHSA rapport nr 3, 2002

- Hallin, Bo o. Siverbo, Sven, Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur 2003
- Höglandssjukhuset i Eksjö, Ta bort sängar för att ge plats till patienterna,. Rapport 2002
- Inregia AB o. Vasco Advisers AB, Den politiska och ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården inom Region Skåne under åren 1999-2002. Rapport 2003
- Jacobsson, Bengt (red), Organisationsexperiment i kommuner och landsting. Göteborg 1994
- Jönsson, Bengt m.fl., Hälsa, vård och tillväxt. Välfärdspolitiska rådets rapport, SNS 2004
- Landstingsförbundet, Att vänta på vård. Rapport 2003
- Landstingsförbundet, Väntetider till allmänläkare. Rapport 2004
- Landstingsförbundet, Utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport 2004
- Landstingsförbundet, Hur gör vi vården säkrare för patienterna? Rapport 2004
- Landstingsförbundet, Landstingsanställd personal 2003. Rapport 2004
- Landstingsförbundet, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003. Rapport 2004
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Rapport nr 23/2002
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, Centralisering för en budget i balans. Om ägarstyrning och beställarstyrning i landstingets nys ledningsorganisation. Rapport nr 18/2004

Langley, Gerald J. m.fl., The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco 1996

Persson, Malin o. Anell, Anders, Vad gör läkarna? IHE arbetsrapport 2000:1

Prop. 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prop. 1999/2000:149, Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

Raffel, Marshall W., Health care and reform in industrialized countries. University Park, Pennsylvania 1997

Riksrevisionsverket, Systemorienterad förvaltningsrevision. PM 1985

Sahlin, Jan, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer. Stockholm 2000

Saltman, Richard B. m.fl (ed), Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham 1998

Siverbo, Sven, Reformen och regler. Om att spara och förändra i offentliga organisationer. Göteborg 2001

Siverbo, Sven, Kommuner och ekonomisk kris. En studie av kommuner som sökt extra finansiellt stöd av staten. KFI-rapport 2004

Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003

Socialstyrelsen, Kartläggning av närsjukvård. Lägesrapport 2003

Socialstyrelsen, Vårdens värde. Uppsala 2002

Strindhall, Margareta m.fl., När tiden inte räcker till. En handbok i tillgänglighet. Kultorum, Landstinget i Jönköpings län 2003

Svenska Kommunförbundet/Landstingsförbundet, Kommunernas och landstingens ekonomiska läge. Rapport november 2004

Trygghetsfonden, Bra mottagning. Bättre tillgänglighet i vården. Rapport nr 3/2002