

Patientens advokat

– Hur läkaren bemöter besparingar, effektivitet och prioriteringar.

Abstract

Sjukvården har sedan slutet av åttiotalet varit satt under en konstant press för att sänka sina utgifter. Reformen och besparingar har blivit en del av vårdarbetets vardag. I denna uppsats försöker vi skapa oss en bild av hur läkaren, som är vårdens viktigaste aktör, ser på den ”nya” sjukvården.

Med stöd i teori har vi sökt svaret hos den enda tillförlitliga källan som finns att tillgå, läkarna själva. Ett antal intervjuer gav oss en bild av hur läkaren ser på sitt arbete och sin roll i sjukvården. Uppsatsen fokuserar på läkarens roll i sjukvårdens effektivitetsarbete och de prioriteringar som detta leder till.

Från teori och intervju har vi kunnat dra slutsatsen att de nya kraven visserligen har ökat läkarnas benägenhet att tänka ekonomiskt men att deras professionella etik tillsammans med hur sjukvården är beskaffad är svårt att kombinera med ett ”korrekt” ekonomiskt kalkylerande.

Nyckelord: Hälso- och sjukvård, Läkare, Prioritering, Effektivitet, Professionell organisation.

Innehållsförteckning

1	Inledning – Varför läkarna?	1
1.1	Syfte och frågeställning	1
1.2	Metod, teori och litteratur	2
1.3	Intervjumaterial, urval, avgränsningar och begränsningar	2
1.4	Disposition	3
2	Teori	4
2.1	Sjukvården som organisation	4
2.2	Läkaryrket	6
2.2.1	Läkarens roll i ekonomin	7
2.3	Drivkrafter mot kostnadsökningar	8
2.3.1	Begränsade ekonomiska resurser	9
2.4	Effektiviseringar och prioriteringar – två centrala begrepp	10
2.4.1	Effektivitet	10
2.4.2	Prioriteringar	12
3	Intervjuerna	14
3.1	Information	14
3.2	Effektivitet	15
3.3	Kunskapsövertag	17
3.4	Prioriteringar	18
3.5	Autonomi	20
3.6	Kontinuitet och förankring	21
4	Analys av det empiriska materialet	23
4.1	Analys	23
5	Slutsats	26
6	Referenser	29
6.1	Internetreferenser	30
7	Bilaga: Intervjufrågor	31

1 Inledning – Varför läkarna?

Alla har åsikter och visioner om hur sjukvården bör vara. Sedan sent åttiotal har olika reformer avlöst varandra, en av de mest påtagliga förändringarna har varit införandet av ett nytt ekonomitänkande samt introducerandet av kraftiga nedskärningar i budget och rationaliseringar i organisationen. Vårt arbete tar sin utgångspunkt i dessa reformer och ställer sig undrande till hur de enda personerna kvalificerade att praktisera vård förhåller sig till sin nya verklighet.

Vad säger läkare om de besparingar som gjorts, och effektiviseringskrav som ställts med efterföljande prioriteringar? Ekonomi och medicin är två traditionellt åtskiljda fält, har reformerna lyckats förena dessa?

Ekonomiska bedömningar fick förr sällan någon stor plats i vården när etiska och moraliska dilemman avgjordes. Men det faktum att vården tvingats rationalisera hårt har tvingat läkarna att väga en patient mot en annan i nya situationer. Hur klarar läkarna av dessa avväganden?

Växande vårdköer kombineras med ökad press från allmänhet och politiker, missnöje blandas med besparingskrav. Vilken situation anser läkarna att de befinner sig i? Vilka, enligt läkarna, bör prioritera i en arbetssituation med få ekonomiska marginaler?(jfr. Lundquist 1998 s. 128)

Vi valde alltså vårt studieområde av ett huvudsakligt skäl, vi undrade hur läkarna påverkats av de nedskärningar som vården genomgått. Resan fram till den aktuella frågeställningen var däremot inte rak. Vi började med en klassisk förvaltningsproblematik; hur styr man bäst professionella organisationer? Med vården som studieobjekt. Vi insåg dock snabbt att omfattningen låg utanför den tid och de resurser som fanns till vårt förfogande. Den insikten kom dock först efter vi insett att de personer (bl.a. Hälso- och sjukvårdsdirektören i region Skåne) som vi såg oss tvungna att intervjua för att få någon insyn i hur vården styrs var i princip oanträffbara.

De initiala kontakterna med vården var alltså, för vårt initiala problemområde, fruktlösa. Det var dock i dessa första kontakter med läkarna som idén till detta arbete föddes. De var uppenbart intresserade av att förmedla hur deras arbete påverkats av nedskärningarna.

1.1 Syfte och frågeställning.

Genom att besvara våra frågeställningar är vår förhoppning att klargöra de förutsättningar som finns för läkaren samt de begränsningar och möjligheter som föreligger i deras arbete. Hur deras profession anpassat sig till den nya tillvaron

och vad de såg för vinster och förluster i sin nya roll. Hur påverkades deras syn på politiker och administration av den långa perioden av rationaliseringar?

Utifrån syftet har till denna uppsats utformats en frågeställning:

- Hur anser den landstingsanställda läkaren att hans arbetssituation ser ut efter de besparingar som genomförts i region Skåne?

För att ge en vidare bild av hur läkaren förhåller sig till de nya krav som ställs på sjukvården har vi två ytterligare frågeställningar:

- Vilka följder får nedskärningar och rationaliseringar för läkarens arbete?
- Har läkarna ställts inför nya prioriteringar på grund av nedskärningar och besparingar?

1.2 Metod, teori och litteratur

Eftersom vår uppsats har för avsikt att klargöra hur läkarna anser att deras arbete har påverkats av variabler som effektivitet, prioriteringar och nedskärningar; alltså läkarnas syn på den utveckling som sjukvården tagit de senaste decennierna, så har vi ett relativt begränsat antal metoder att tillgå. Vi har valt att använda oss av informantintervjuundersökningar där ett antal läkare fungerar som våra elitintervjuobjekt (Esaiasson et.al. 2003 s. 257). Eftersom läkarna vi intervjuat själva tillhör den yrkeskår vi valt att studera så bör utgångspunkten vara att intervjumaterialets äkthet och oberoende påverkas. Utgångsläget bör därför vara att det är vinklat och att läkaren utgår ifrån sitt eget perspektiv. Något som inte är en nackdel då det är deras perspektiv vi har för avsikt att studera.

I det teoretiska avsnittet belyses sjukvården ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Genom att dekonstruera sjukvårdens verksamhet så har vi haft för avsikt att understryka dess särart. Läkarprofessionen presenteras utifrån teorier om professionalism samt för att presentera de egenskaper som är specifika för yrket.

Vi har försökt att begränsa oss till litteratur som både behandlar organisationsteori och sjukvård. Detta för att säkerställa teorins relevans. Vissa undantag från denna grundregel har vi dock gjort men de har alla haft en uppenbar tillämpbarhet och betydelse.

1.3 Intervjumaterial, urval, avgränsningar

Syftet med intervjumaterialet var att, med stöd av litteraturen, skapa en bild av hur läkaren förhåller sig till de förändringar som skett inom vården. De svar som litteraturen gav var ofta generella, vi valde därför att genomföra intervjuer för att underbygga vår analys utifrån två materialkällor.

Vi valde intervju som metod för att samla in informationen eftersom det vi sökte; förhållningssätt, avväganden, åsikter om komplicerade relationer och etisk problematik var svåråtgångade inom ramen för enkätfrågor. Vi ansåg även att det var svårt att greppa betydelsen av några eventuella svar på sådana frågor utan att få dem presenterade i rätt kontext; intervjuer blev därför vår valda metod. Vi vann mycket utöver svar på våra frågor via våra samtalsintervjuer. Tack vare samtalen gavs vi en djupare insikt i sjukvårdens verksamhet ur en läkares synpunkt och interaktionen som undersökningsformen tillåter gjorde det möjligt att föra vår förståelse till en successivt mer avancerad nivå (Esaïasson et.al. 2003 s. 279).

För att bestämma antalet intervjuer använde vi oss av mättnadskriteriet. När vi såg att svaren från de olika intervjupersonerna var av liknande art så insåg vi att vi nått vår mättnadsgräns. Vi har genomfört totalt åtta intervjuer, de intervjuade är anonyma för att få en sanningsenlig bild av vad läkarna faktiskt tycker, snarare än en bild anpassad för att inte trampa på några tår i ledningen. Vi övervägde länge att presentera namnen på intervjupersonerna då vi menade att orden från en person som går ut med sitt namn väger aningen tyngre. Det hela avgjordes dock av bemötandet från läkarna där flera uttryckte önskan om att få vara anonyma.

Namnen som används är fingerade.

Vi har avgränsat vår fallstudie geografiskt till region Skåne av två skäl. Region Skåne är den politiska och ekonomiska enhet under vilken de besökta sjukhusen och läkarna organiseras. Region Skåne är geografiskt närbeläget vilket underlättar intervjuarbetet.

1.4 Disposition

I kapitel två presenterar vi den teori på vilken vi har byggt denna uppsats. Teorin kan ses både som ett sammandrag ur den litteratur som vi läst för att bygga upp vår förståelse inför intervjuerna och, ännu viktigare, den teoretiska grunden för våra resonemang och slutsatser.

Kapitel tre är ett sammandrag ur intervjuerna, där försöker vi att kort presentera en tvärsnitt ur de intervjusamtal som ligger till grund för vår förståelse av hur läkaren ser på sin arbetssituation, nedskärningar, prioriteringar et cetera.

Det fjärde kapitlet är en analys av det empiriska materialet där vi ser på vårt intervjumaterial i ljuset av den förståelse som teorin givit oss.

Det sista kapitlet är vår slutsats, där vi för resonemangen från kapitel fyra ett steg längre och presenterar vad det vi sammanfört i vår studie kan få för konsekvenser och vad det har för betydelse.

Vi har valt att placera kapitlen i den ovanstående ordningen av den enkla anledning att den teoretiska delen är nödvändig för att kunna sätta sig in i innehållet i intervjukapitlet som i sin tur är essentiell för de två avslutande kapitlen.

2 Teori

2.1 Sjukvården som organisation

Ett utmärkande drag för sjukvården är att det är en icke vinstsyftande organisation, vilket innebär att vinstbegreppet inte kan användas för att styra dess verksamhet. För organisationer som verkar på en fri marknad antas att prisbildningen, och den påföljande möjligheten till vinst, är den faktor som verkar bestämmande för vilka beslut som fattas angående styrningen av verksamheten. På grund av den konkurrens som råder förutsätts organisationens produktionsmetoder vara effektiva. För sjukvården däremot innebär avsaknaden av marknadskontakt att signaler om problem och ineffektivitet hos enskilda enheter uteblir. Vinstbegreppet är för vinstsyftande organisationer ett viktigt resultatmått, vilket i sin tur underlättar styrningen av organisationen. Frånvaron av detta praktiska resultatmått, samt de svårigheter i att göra resultatbestämningar inom sjukvården, gör den till en svårstyrd verksamhet. Detta problem förvärras ytterligare av att effekterna av verksamheten framträder först utanför organisationen (Norlund 1987 2:6).

Den traditionella ledningsmodellen inom både näringsliv och offentlig förvaltning, har varit den hierarkiskt uppbyggda organisationen, där beslutsfattandet är centraliserat till organisationspyramidens topp. Webers byråkratiska skola kan nämnas som exempel. Inom ”scientific managementskolan” överfördes Webers principer till den industriella produktionen. Ledningen förutsattes sammanföra och leda de kunskaper och färdigheter som fanns inom organisationen. Dessutom skulle allt planerings- och tankearbete förläggas till den centrala ledningen, vilken även var i besittning av medlen för styrning och kontroll (Jönsson, Rehnberg 1987 s. 62).

Sjukhusen avviker dock starkt från denna traditionella organisationsstruktur. Man brukar utgå ifrån att sjukhusen har två separata hierarkier med olika ansvarsområden: administrationen utövar den finansiella kontrollen, medan läkarna i sin tur utövar den medicinska kontrollen. Men istället för en formell organisation med en central ledning har maktfördelningen varit oklar, där olika mönster av kompromisser och förhandlingar har avspeglat de rådande maktförhållandena. Trots detta har sjukhusen betraktats som weberianska organisationer, där det formella budgetansvaret legat hos ledningen, samtidigt som man förutsatts kunna utöva kontroll över de kostnadsgenererande besluten (Jönsson, Rehnberg 1987 s. 63).

Mintzberg väljer, trots dess decentraliserade karaktär, att betrakta sjukhusen som ett exempel på en *professionell byråkrati*, eftersom dess verksamhet kan betraktas som standardiserad. Standardiserad i den bemärkelsen att kunskapen institutionaliserats i vedertagna metoder och rutiner, vilket gör att en stor del av arbetet är rutinartat (Hallin, Siverbo 2003 s. 54) Dock innebär komplexiteten i arbetet som utförs att verksamheten måste kontrolleras av utförarna, dvs läkarna (Mintzberg 1993 s. 189).

Medicinsk kunskap utgör basen för sjukvården och som bärare av denna kunskap besitter läkaren en stark ställning inom organisationen. Läkaren besitter ett kunskapsövertag gentemot sin omgivning, inklusive ledningen, vilket gör dem beroende av läkarna för att kunna styra och utveckla sjukvården. Det är genom detta kunskapsövertag samt en stark kollegialitet inom läkarkåren som försäkrat läkaren om en stark självständighet i sin yrkesutövning, där professionsmedlemmarna utgör den främsta kontrollen (Hallin, Siverbo 2003 s. 54):

”A great deal of the power over the operating work rests at the bottom of the structure, with the professionals of the operating core. Often, each works with his own clients, subject only to the collective control of his colleagues, who trained and indoctrinated him in the first place and thereafter reserve the right to censure him for malpractice” (Mintzberg 1993 s. 195)

Detta är dock enligt Mintzberg den professionella byråkratins största problem. Eftersom det inte finns mycket som kontrollerar professionen utöver professionen själv, får det till följd att det inte går att korrigera de tillkortakommanden som läkarna väljer att överse. Dessa brister är främst: koordinations-, omdömes- och innovationsproblem (Mintzberg 1983 s. 205-213).

Standardiseringen av kunskap är det enda effektiva sättet att uppnå koordination inom verksamheten, men denna är lös som bäst och kan inte leva upp till organisationens behov. Det främsta koordinationsproblemet är den mellan läkarna själva. Det är inte alltid en patients sjukdom med lätthet faller in i en viss specialitet, utan ibland är samarbete mellan kliniker nödvändigt. Detta problem är en källa till mycket konflikt inom den professionella byråkratin.

På grund av arbetets komplexitet måste det utföras med stor självständighet, detta innebär att stor tillit sätts till den enskilde läkarens omdömesförmåga. Alla läkare är dock inte tillräckligt kompetenta eller samvetsgranna i sitt arbete, och hur detta ska hanteras är ett problem. Handlingsutrymmet gör det alltså möjligt för läkaren att försumma patientens behov, men gör det också möjligt för dem att ignorera organisationens behov. Detta kan bli särskilt problematiskt eftersom läkaren främst känner lojalitet mot sin profession, inte den plats där han råkar utöva sitt yrke (Ibid).

Kooperationsproblemen blir även ett hinder för innovationer, eftersom nya behandlingsprogram ofta skär igenom flera discipliner, och kräver därmed samarbete. I detta sammanhang blir även maktspridningen i organisationen ett problem, eftersom det kräver ett större mått av samtycke inom organisationen för att innovationer ska slå igenom.

Dessa problem ses av utomstående som orsakade av en brist på extern kontroll av professionen, och man svarar därmed med att införa någon av följande

koordinationsmekanismer, direkt övervakning, standardisering av arbetsprocesser eller standardisering av output (Mintzberg 1983 s. 205-213).

Problemet med direkt övervakning är att arbetet är så komplext och dess resultat så vagt att det blir svårt för någon annan att kontrollera arbetet. Det må fungera i fall av grov försummelse från läkarens sida, men icke annars. Av samma anledning misslyckas de andra metoderna för kontroll. Vidare kan viljan till förkovran och innovation reduceras genom externa kontroller. Att förlora kontroll över sitt arbete tenderar nämligen att leda till passivitet inom professionen.

Mintzberg menar att det inte är möjligt att uppnå genomgripande förändringar genom storartade reformer, utan förändringar i den professionella organisationen åstadkoms genom en långsam process av att förändra läkarna – förändra vem som kan träda in i professionen, och vad som lärs ut i deras utbildning (normer, såväl som färdigheter och kunskap)(Ibid).

2.2 Läkaryrket

Lärkaryrket är en av världens äldsta professioner. Enligt Greenwood, en framstående beteendeforskare, kännetecknas professioner av fem egenskaper:

- systematisk teori
- auktoritet
- samhällelig sanktion
- etiska koder
- gemensam kultur

Läkaren är bärare av medicinsk kunskap vilken är inriktad på att diagnostisera och behandla sjukdomar. En stor del av arbetet är som sagt rutinartat men det finns hälsoproblem som kräver problemlösning och nya handlingssätt. Dessutom sker en fortgående utveckling av nya kunskaper och teknologier, vilket innebär att gamla rutiner förnyas eller ersätts (Hallin, Siverbo 2003 s. 53f).

Genom sitt kunskapsövertag gentemot sin omgivning tillskansar sig läkaren auktoritet. Det är endast han samt hans kolleger som är tillåtna att praktisera yrket. Genom sin legitimation utfärdad av socialstyrelsen får de samhällelig sanktion, det vill säga professionens betydelse erkänns av samhället. Studier visar dock att detta kunskapsövertag minskar i förhållande till medborgarna genom en bättre tillgänglighet av medicinsk information, vilket bidrar till att begränsa läkares autonomi (Hallin, Siverbo 2003 s. 54f).

För läkare finns dessutom särskilda etiska koder. 1968 antog Sveriges Läkarförbund etiska regler i tolv punkter som bland annat säger att läkarens ”främsta mål ska vara patientens hälsa” och att han ska ”ständigt söka vidga sina kunskaper” (Sveriges Läkarförbund s. 3f). För läkaren är det därmed patienten som står i centrum, och ett viktigt mått på framgång blir den vårdkvalité han kan erbjuda och att den standard som finns inom specialiteten upprätthålls, det vill

säga att behandling sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (Hallin, Siverbo 2003 s. 56).

Man menar att läkare i sin gärning utgår ifrån en pliktetik, vilken skulle kunna uttryckas på följande vis: ”Varje läkares plikt är att göra allt han kan för patienten framför honom på rent medicinsk-kliniska grunder utan hänsyn till kostnader och annat ovidkommande. Allt annat agerande är oetiskt”. Denna etik har påståtts komma i konflikt med de nödvändiga prioriteringsbeslut som måste fattas i dagens sjukvård. Läkaren ska enligt detta resonemang lägga för mycket resurser på de patienter som råkar befinna sig i konsultationsrummet, utan att ta hänsyn till de övriga patienterna. Eftersom resurserna är begränsade kan detta leda till en suboptimal resursfördelning; det vill säga att resurserna inte fördelas för att uppnå största möjliga nytta för patientkollektivet (Hultin 1991 s. 34-37).

Abrahamsson talar om en markerad kåranda som ofta uppstår hos professioner. Denna uppstår genom den utsällning av kandidater som uppstår vid rekryteringen, samt den utbildning de uttagna genomgår tillsammans. Det successiva inskrivandet av teori och etiska normer gör att professionsmedlemmarna med tiden kommer att likna varandra alltmer i tänkesätt, värderingar och attityder mot omvärlden (1985 s. 20). För läkare fortsätter denna process även efter deras formella utbildning vid universitet. Efter avslutad läkarutbildning följer en lång period av praktiktjänst där färdigheter utvecklas, genom applicering av formell kunskap, under tillsyn från medlemmar av professionen. Det är först under praktiken som indoktrineringsprocessen tar sin avslutning (Mintzberg 1983 s. 191).

2.2.1 Läkarens roll i ekonomin

Ett flertal studier från 90-talet har påvisat vikten av läkarnas medverkan i ekonomiseringen av sjukvården, men att de samtidigt inte visat något större intresse för detta. En anledning till ointresset kan bero på den lätthet med vilken läkare tidigare fick gehör för sina resursäskanden. Politiker har haft svårt att säga nej till läkaren då denna hävdade att han annars inte kunnat leva upp till sitt medicinska ansvar (Nilsson 1999 s. 60). Preston skriver:

”medical records continued to provide a justification for the cost of medical treatment by revealing the efficacy of treatments and the increasing range of treatable diseases. In essence, medical records contributed to the creation of medical knowledge and practise which reflected and produced the power and autonomy of the medical profession rather than leading to the creation of regimes of economic visibility and managerial control.”

Ekonomin exkluderades från läkarnas verksamhetsområde (Preston 1992 s. 86).

Läkare har varit vana vid att inneha stor makt över organisationen. Det traditionella sjukhuset var en professionell organisation, hierarkiskt uppbyggd och därmed med hierarkisk struktur. I toppen av hierarkin satt en läkare, *styresmannen*, formellt utsedd av en direktionsbestående av lokalpolitiker. I realiteten valdes han dock av sina kolleger och sågs av dessa som en representant för professionen. På detta sätt kunde läkarna utöva kontroll över

sjukhusledningen, ovanpå det inflytande som deras medicinska kunskaper förlänade dem (Axelsson 1998 s. 46f).

Ett huvudproblem inom sjukvården är att kostnadsansvar inte följer rätten att fatta resursförbrukande beslut. Det finns studier som visar att läkarna kontrollerar 70 procent av de totala sjukvårdskostnaderna, och så mycket som 90 procent inom slutenvården. Det är naturligtvis svårt att sätta procentsiffror vid sådana uppskattningar, men både teoretiska analyser och empiriska erfarenheter bekräftar läkarnas stora roll vid resursfördelningen (Jönsson, Rehnberg 1987 s. 78, 81). Ett problem är dock att läkarna inte visat något större intresse för kostnadsansvar. Det ska dock påpekas att en rad studier konstaterat ett ökat kostnadsmedvetande bland läkare. Det har skett en viss integration mellan vårdarbetet och ekonomin, och de anses inte längre som avskilda från varandra (Nilsson 1999 s. 63).

Det kan dock finnas ett motstånd mot effektivitetsbegreppet bland läkare eftersom man uppfattar att det inte tar tillräcklig hänsyn till vårdkvalitet, utan endast är inriktat på kostnader och snäva ekonomiska resonemang (Nilsson 2003 s. 64).

Ett problem i den medicinska beslutsprocessen kan dock vara att läkarna saknar kunskap om de ekonomiska effekter som deras beslutsfattande får. Utbildning har försökts, men får endast temporära effekter. I samband med andra åtgärder har man emellertid sett mer varaktiga effekter. Studier visar att information om kostnader påverkar läkares ordinationer av undersökningar och behandlingar. Information om kostnader är alltså uppenbarligen nödvändigt om läkare ska kunna agera kostnadseffektivt. Ekonomiska incitament är däremot den metod som visat sig mest effektiv för att påverka läkares beteende (Jönsson, Rehnberg 1987 s. 80).

2.3 Drivkrafter mot kostnadsökningar

Samhällsvetenskaplig forskning visar att det huvudsakligen är tre faktorer som verkar för kostnadsökningar inom hälso- och sjukvården: den demografiska utvecklingen, den teknologiska utvecklingen och ökade förväntningar och efterfrågan på hälso- och sjukvården (Hallin, Siverbo 2003 s. 30).

Den mest framträdande trenden i befolkningsutvecklingen är den stigande medellivslängden och det ökande antalet äldre, vilket främst beror på en minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Förväntad medellivslängd för de födda år 2006 är 78,7 år för män och 82,9 år för kvinnor. Samtidigt utgör antalet äldre än 65 år 17,4 procent av befolkningen. 1960 utgjorde andelen 11,8 procent och år 2020 kommer andelen att vara 21 procent (SCB 2004 s. 16f). Vid hög ålder ökar förekomsten av förslitningar och kroniska sjukdomar. Vanliga sjukdomar bland äldre är exempelvis cancer, kärlkramp och demens. Det är inte ovanligt att man lider av flera sjukdomar samtidigt, till exempel diabetes och demens. De äldres större vårdbehov tillsammans med deras stora antal pressar upp hälso- och sjukvårdens kostnader, och utvecklingen mot ett större antal äldre innebär ett ännu större vårdbehov i framtiden (Hallin, Siverbo 2003 s. 21).

År 2003 gick 37 procent av utgifterna för hälso- och sjukvården i Region Skåne till vården av personer äldre än 65 år, samtidigt som dessa endast utgjorde 17 procent av befolkningen (SOS 2006 s. 8).

Det har tillkommit många innovationer inom medicinsk teknologi under de senaste decennierna. En del har förbättrat vårdkvalitén, en del har varit kostnadsbesparande, men de flesta innovationer har inneburit ökade kostnader, av två skäl.

För det första, ny teknologi kan möjliggöra behandling som tidigare inte var genomförbar, eftersom det finns dem som kan dra nytta av de nya behandlingsmöjligheterna, så stiger efterfrågan på vård. Detta innebär att även om en innovation leder till mindre kostnad per patient, så kan de totala kostnaderna för sjukvården stiga.

För det andra så tenderar ny teknologi att komplettera snarare än ersätta redan befintlig teknologi, vilket leder till ökade kostnader.

Evans menar att det är ny teknologi som är orsaken till att de äldre har blivit en sådan kostnadsbörda för sjukvården. Genom ny teknologi har möjligheterna för att erbjuda äldre människor vård utökats. Det är alltså inte i första hand det ökande antalet äldre som leder till stegrade kostnader, utan en utvidgning av sjukvårdens möjligheter (Hallin, Siverbo 2003 s. 22f).

Med den teknologiska utvecklingen följer nya möjligheter till diagnos och behandling av hälsoproblem. Den ökade efterfrågan genereras både av den medicinska professionen, som i enlighet med sin etik söker det bästa för sina patienter, och informerade medborgare som kräver bättre sjukvård (Hallin, Siverbo 2003 s. 30). Kostnadsökningar underlättas här av finansieringssystemet för sjukvården. Fyra femtedelar av vården är finansierad genom offentliga medel. Detta innebär att patienten endast i liten utsträckning betalar direkt till vårdgivaren, utan betalningen sker via en tredje part. Detta system, kallat tredjepartsfinansiering, gör att det saknas incitament för patient och vårdgivare att bedriva kostnadskontroll (Hallin, Siverbo 2003 s. 40f).

Dessa drivkrafter skapar en utveckling mot ökad medicinsk kvalitet, och ett större medicinskt åtagande för hälso- och sjukvården, vilket resulterar i en fortlöpande kostnadsökning.

2.3.1 Begränsade ekonomiska resurser

Under tillväxtåren växte kostnaderna för hälso- och sjukvården snabbt. Även efter 70-tals krisen fortsatte utgifterna för hälso- och sjukvården att stiga snabbare än BNP fram till 1980. På fyrtio år hade den fördubblat sin andel av BNP, från 4,7 procent 1960 till 9,4 procent 1980. Under 80-talet sjönk dess andel av BNP något, men den växte i stort sett i takt med BNP. Ur ett längre perspektiv ser man tydligt hälso- och sjukvårdens kraftiga expansion i Sverige, under perioden 1960-1992 var den reala tillväxttakten för sektorn 4,6 procent per år. I början av 90-talet gick dock Sverige in i en ekonomisk kris, vilket tvingade landstingen att genomföra omfattande ekonomiska neddragningar (Hallin, Siverbo 2003 s. 28f). Hälso- och

sjukvårdens andel av BNP började dock öka efter 1997 och utgjorde år 2005, 8,3 procent av BNP. Detta är dock fortfarande en lägre siffra än för 1990 då andelen av BNP var 8,5 procent (Internet 1, SOS 2005 s. 10).

När resurserna inom ett område upplevs som begränsade fästes naturligen intresset vid frågor angående hur de tillgängliga resurserna kan komma till bästa möjliga användning. Även frågor kring hur dessa begränsade resurser ska fördelas blir då föremål för ökat intresse.

2.4 Effektiviseringar och prioriteringar – Två centrala begrepp

I princip kan ett gap mellan behov och resurser överbryggas på följande sätt:

- Genom rationaliseringar och effektiviseringar
- Tillförsel av ytterliggare resurser
- Man tillämpar en snävare definition av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde
- Man reducerar kvaliteten
- Man prioriterar (SOU 1995:5 s. 43)

Vi intresserar oss för de tillvägagångssätt i vilka läkaren har en avgörande roll, vilket innebär att vi lägger fokus på det första och sista alternativet.

2.4.1 Effektivitet

När man talar om effektiviseringar inom hälso- och sjukvården kan man göra en åtskillnad mellan inre- respektive yttre effektivitet. Inre effektivitet betecknar relationen mellan input och output, det vill säga mängden insatta resurser i förhållande till resultat, vanligen i form av producerade tjänster (t ex kirurgiska ingrepp, röntgenundersökningar). Detta kallas vanligen för produktivitet och handlar om att göra så mycket som möjligt med så liten resursanvändning som möjligt. Yttre effektivitet uttrycker däremot relationen mellan resursinsats och den effekt som uppnås på de mål som uppsatts för verksamheten. I den här bemärkelsen handlar det alltså om att göra rätt saker för lägsta kostnad. Det är alltså möjligt att nå en ökad inre effektivitet utan en motvarande ökning av den yttre, vilket belyser vikten av att inte bara försöka maximera antalet utförda åtgärder, utan att även se till åtgärdernas ändamålsenlighet (Jönsson, Rehnberg 1987 s. 34f).

Effektiviteten i sjukvården är ytterst beroende av framgången med vilken medicinska metoder för diagnostik och behandling tillämpas. Effektiviteten hos olika metoder för diagnostik och behandling definieras inom hälsoekonomin som:

”Förhållandet mellan insatta resurser och resultatet för patienten med avseende på vårdens mål: att lindra och bota, förhindra för tidig död, minska sjukligheten och att öka eller vidmakthålla livskvaliteten.” (SOU 1995:5 s. 54).

Man brukar tala om kostnadseffektivitet, det vill säga förhållandet mellan en methods eller teknologis kostnad, och dess nytta, vilken definieras utifrån syftet med teknologin. Bedrivandet av kostnads-effektivitetsanalyser innebär att man beräknar negativa respektive positiva konsekvenser av olika alternativ, och utifrån dessa beräkningar fattar beslut som ger bästa resultat av de tillgängliga resurserna. Sådana här avvägningar mellan fördelar och nackdelar av olika alternativ, med informell hänsyn till kostnader, görs dagligen i det medicinska beslutsfattandet (Jonsson 1991 s. 123, 132f), men i vilken utsträckning är inte uppenbart.

Ofta saknas det dock vetenskapliga data för att göra mätningar av sjukvårdens effektivitet. De flesta teknologier som används inom sjukvården är överifierade eller saknar vetenskapligt stöd (Hallin, Siverbo 2003 s. 24f). Vid införandet av nya metoder är ofta de kostnader och effekter på hälsan de orsakar okända för beslutsfattare. Nya metoder och teknologier utvärderas inte regelmässigt innan spridning inom hälso- och sjukvårdssektorn, för detta ändamål har dock Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) gjort insatser under de senaste åren. Det är endast vad gäller läkemedel som det sker en regelmässig kontroll av dess effekter och säkerhet, för nya teknologier och metoder saknas motsvarande kontroll (Ibid).

För att kunna fastställa olika metoders kostnadseffektivitet måste man, förutom information om kostnader, känna till känslighet och precision i diagnostiken, behandlingarnas effekt på överlevnad och livskvalitet, och dess risker och biverkningar. Analysen kan ge medicinska indikationer som visar att en viss metod är kostnadseffektiv i förhållande till en alternativ metod. Kostnads-effektivitet måste emellertid alltid baseras på fakta framtagna ur kliniska studier vilka nästan uteslutande refererar till populationer. Statistiska sannolikheter för populationer erbjuder ofta vägledning för medicinska indikationer, men är absolut inte alltid användbara i enskilda fall. Således är bestämmandet av en rimlig resursinsats i förhållande till effekten för en patient fortfarande en uppgift för den person som besitter mer specifik information, det vill säga främst läkaren som har ansvar för behandlingen, men även övrig vårdpersonal (SOU 1995:5 s. 55).

Inom hälso- och sjukvården råder stora variationer i klinisk praxis. Jämförande studier visar att det råder betydande variationer mellan olika kliniker inom samma specialitet vad gäller frekvens av inläggning, olika typer av kirurgiska ingrepp, och medelvårdtider för olika diagnoser. Det finns tre faktorer som kan förklara systematiska variationer mellan kliniker: patientrelaterade faktorer, resurstillgång och vårdpolicy.

Som patientrelaterade faktorer ingår bland annat patientens ålder, kön, sjuklighet, förväntningar och benägenhet att söka vård. Resurstillgång syftar på läkartillgång, antal vårdplatser, tillgång till medicinsk utrustning et cetera. Vårdpolicy avser behandlingstraditioner och praxis.

Skillnader i vårdpolicy ger störst förklaring till variationer, vilket bekräftas av studier som visar att skillnader är minst där det finns en professionell konsensus om vad som är ”best practise”. Resurstillgång kan ibland förklara en

stor del av skillnaderna mellan kliniker, patientrelaterade faktorer förklarar dock generellt ganska lite.

Skillnaderna i vårdpolicy indikerar att det finns betydande möjligheter för effektiviseringar inom hälso- och sjukvården, en viktig åtgärd blir då att sprida information om olika metoders effekter och kostnader, eftersom det råder osäkerhet om dessa, vilket hänger ihop med den bristande utvärderingen av olika metoder som berördes ovan (Hallin, Siverbo 2003 s. 23f, 31f).

2.4.2 Prioriteringar

Prioriteringar måste alltid göras, vare sig det är medvetet eller omedvetet, det är en naturlig följd av det faktum att det finns begränsade resurser. Men i tider då gapet mellan efterfrågan på vården och dess resurser växer, blir beslut angående prioriteringar mer påtagliga. Läkares prioriteringar begränsas då i mindre utsträckning till prioriteringar mellan patienter med allvarliga sjukdomar och patienter med banala sådana, utan sträcker sig till prioriteringar mellan patienter med mer eller mindre allvarliga tillstånd, där läkaren tvingas avgöra vilken resursfördelning som ska gälla mellan dessa.

Prioriteringar i det dagliga patientarbetet manifesterar sig på en rad olika sätt, som t ex beslut rörande undersökning, behandling, inläggning och placering i köer och på väntelistor (SOU 1995:5 s. 63). Men hur tar man hänsyn till olika behov?

Behov är nära kopplat till nytta. När man rangordnar mellan olika behov kan man utgå från vilken nytta som tillfaller patienten:

- Vilken hälsa patienten uppnår efter vård
- Vilken förbättring av hälsa patienten uppnår, eller
- Vilken hälsa patienten får om ingen vård ges

De fyra behovsgrunderna påverkas av ytterligare fyra faktorer, som påverkar nyttan av olika alternativ:

- vad kostar vården?
- Finns alternativa behandlingar?
- Vad händer under väntetiden?
- Finns ytterligare valmöjligheter?

Följande principiella genomgång är hämtad från Gunnar Bengtsson et al. bok *Etik och ekonomi i vården*.

1. Hur bra blir patienten efter vård? Kan man prioritera en patient som efter behandling klarar sig själv framför en patient som efter vård fortfarande är i stort behov av hjälp? Knappast i normalfallet, men i specialfall kan det vara viktigt att endast göra en bedömning utifrån denna aspekt, exempelvis i krig.
2. Hur mycket bättre blir patienten av vård? Syftar vård till att bota, lindra eller trösta? Två patienter kan ha olika vårdbehov, en liknande behandling ger den ena lindring i ett svårt tillstånd, medan samma behandling ger patienten med lindrigare tillstånd tillbaka full funktionsförmåga. Vem ska prioriteras?

3. Vilken hälsa får patienten utan vård? Normalt sätts den som blir svårare sjuk på längre sikt före den som har en lindrigare åkomma. Ibland sätts lindrigare patienter framför svårare sjuka, om man till exempel ser till möjligheterna för förbättring, eller om man tar i beaktning patienternas olika samhällsfunktion.
4. Vad kostar vården? Det är relativt lätt att prioritera mellan dyr vård av dålig kvalitet och billig vård av bra kvalitet. Svårare blir det att prioritera mellan dyr vård av bra kvalitet och billig vård av sämre kvalitet. En dyr vård med bättre resultat kan spegla ett större behov hos individen, men valet av billigare alternativ kan spegla en vilja att anlägga ett samhällsperspektiv, där man ser till hälsotillståndet hos flertalet individer.
5. Finns alternativa behandlingar? Det kan vara ont om plats för en viss behandling. Man kan då prioritera en patient som inte har något alternativ till denna behandling över den för vilken det finns alternativ.
6. Vad händer under väntetiden? Den patient som snabbt blir sämre är i större behov än den vars tillstånd långsamt förvärras.
7. Finns ytterligare vårdmöjligheter? På olycksplatsen kan man ge en första hjälp, på akutmottagningen genomförs enklare operationer, på annat håll specialistvård och rehabilitering. Om någon senare kan få god vård har hon ett mindre behov än den vars hela förbättring beror på en omedelbar insats (Bengtsson et al 1994 s. 57-60).

3 Intervjuerna

I de kommande styckena presenteras vårt intervjumaterial i sammanfattad form. Text och citat är menat att presentera en genomsnittlig bild av vad läkarna sagt, utom då detta uttryckligen anges. Citat används flitigt för att ge läsaren en bättre bild av det tankar och åsikter som läkarna gett uttryck för.

3.1 Information

Med ett undantag är information om kostnader inte lättillgänglig, den är oftast utspridd och det är upp till den enskilde läkaren att söka upp den, i vissa fall vet inte läkaren var den önskade informationen finns att tillgå. Vill en läkare veta vad en undersökning kostar måste de oftast höra med ansvariga på respektive serviceavdelning. Vill läkaren veta hur mycket en behandling kostar i fullo måste de fråga ekonomiavdelningen. På vissa kliniker går de igenom utgifter och informerar personalen.

”Jag måste väl fråga någon ekonom om de vet och det är inte säkert att de vet, jag vet inte riktigt vem som har exakt koll på vad det kostar, men man har väl en ungefärlig uppfattning” – Underläkaren Bertil

Det verkar dock som om intresset för information om kostnader är lågt i läkarkåren. En ungefärlig uppfattning om vad som är dyrt och vad som drar mycket resurser finns men i övrigt är intresset svagt. Läkarna pointerar att de är läkare och att deras intresse ligger i medicinska frågor och anser ofta att ekonomiska frågor är mindre intressanta.

”Jag har en tendens att fokusera väldigt mycket på det medicinska, det är det som är min utbildning, det är det som är det viktiga” – Underläkaren Clemens

Formell position och dessutom en eventuell personlig involvering i forskningsprojekt ger bättre förståelse och kunskap om kostnader och utgifter.

”Jag, av olika skäl, och det beror på mitt jobb, så är jag ofta tvungen att ta reda på vad saker och ting kostar. Jag håller på med en del forskningsstudier och sånt och då kanske det ingår i studien att vi måste göra vissa undersökningar, då måste man ju veta kostnaden, då måste vi ju betala det” – Överläkare Adam

Den tydligaste skillnaden i hur insatt en person var i ekonomiska frågor var mellan överläkare och underläkare. En skillnad som kan te sig naturlig då överläkaren dels har större erfarenhet av sjukvården men också ofta har någon form av administrativt ansvar. En underläkare menade att hans fokus låg på att

lära sig så mycket som möjligt som kunde vara nyttigt i hans kommande position som specialist. Många läkare menar även att stora delar av läkarkåren är "ointresserad" av ekonomiska frågor.

"Det finns ju, rent allmänt sett, ett lågt intresse bland läkare för ekonomi /.../ sen så tror jag att många känner att det inte är roligt, att ekonomi det är inte kul" – Underläkare Bertil

Alla intervjuade med ett undantag anser att en viss utbildning i hälsoekonomi skulle vara gynnsamt. Det skulle underlätta kommunikationen mellan administration och läkare och därmed underlätta arbetet med besparingar och effektiviseringar. De varnar dock för att intresset för ekonomi bland läkarna kanske inte är överväldigande stort. Deras utbildning är inom medicin, ett ämne vilket inte har någon anknytning till ekonomi. Man betonar därför att en sådan utbildning måste ha en tydlig anknytning till deras verksamhet, annars är risken att intresset från läkarnas sida blir försumbart. "Det ska vara riktat, på rätt nivå, det ska beröra det man håller på med." – Underläkaren Clemens

En av de intervjuade läkarna valde istället att vända alla antaganden på huvudet och menade att det inte var läkarna som skulle utbildas utan snarare ledning och politiker.

"[D]e har väldigt lite kunskap, de har aldrig gått en kurs i hälsoekonomi, de har aldrig gått en kurs i biologi, de har aldrig stått på akuten på natten, de har aldrig stått på I.V.A.¹ eller så efter många beslut med gråtande anhöriga. Så att jag skulle vilja vända på det och säga att jag tycker att politiska tjänstemän borde gå kurser i medicin och i hur läkare tänker, samt i hälsoekonomi" – Överläkaren Ceasar

3.2 Effektivitet

Den roll som en läkare spelar i effektiviseringsarbetet är starkt påverkad av den formella position de innehar. En underläkare ser få eller inga möjligheter till att påverka kostnaderna kring sitt dagliga arbete. Alla läkare var dock rörande överens om att de satte patienten i första rummet och att kostnaderna alltid kommer att diskuteras sekundärt. Som överläkare är man ofta behjälpligt insatt i klinikens ekonomi. Medverkan i olika styrgrupper ger dem möjlighet att påverka klinikens arbete aktivt. Den upplevda möjligheten att påverka effektiviteten i arbetet skiljer sig dock mellan olika kliniker.

Flera av de intervjuade lyfte fram att effektivisering och tankar kring hur man kan utföra arbete mer effektivt var något som de förde med sig i sitt vardagliga arbete.

"Det ligger i vården att man försöker effektivisera, och det är ju för vår egen skull också för att få lindrigare mottagningar." – Överläkare David

¹ Intensivvårds avdelningen.

”Dom jag jobbar ihop med, och jag själv, kan man göra nånting smidigare, bättre som går snabbare, bättre för mig, då gör jag givetvis det.” Överläkaren Ceasar

Läkarna är dock alla eniga om att det inte existerar några ekonomiska incitament för effektiviseringar i systemet.

”Det är ju ingen någonsin, som jag upplever, som har kommit på saker och ting, som har blivit belönade för det, om det antingen bara är en dunk i ryggen, eller uppmärksammas på ett vanligt veckomöte eller högre lön på något sätt.” – Underläkaren Clemens

Över huvud taget så menar man att incitament är något sällsynt på sjukhuset. Incitamenten är snarare i form av personligt intresse, gruppsolidaritet och rädsla för att kliniken ska drabbas negativt.

Motivationen att arbeta med effektiviseringar kommer av en stark klinikanda, man vill inte behöva skära i personalstyrkan på grund av överflödiga utgifter. Ekonomisk återhållsamhet kan även göra det möjligt för kliniken att rikta sina resurser mot det som man tycker är viktigt.

”Bland är det ju snarare avsaknaden av att vara utskälld istället för, morot är mycket sagt, för att man vet att det blir trubbel om man inte uppfyller vissa saker, det är ju fel att använda ordet morot då kan man tycka. [en intervjuare nämner ”piska”] Ja, piska ja, det är ju mer att man är rädd för straff, om man inte gör det man borde göra då vet man att det blir problem. Det är det som blir ”moroten” då, att undvika, vi ska inte ha problem, och vi vill behålla våra läkartjänster, och vi behålla klinikkens verksamhet, och vi vill kunna satsa vissa sjukdomar som vi tycker är intressanta själva. Det blir ju den enda moroten då, att du kan påverka din vardag inom systemet om du sköter dig någon sånär” – Överläkaren Adam

Läkarna känner ett ansvar och engagemang för patienterna, man driver effektiviseringsarbetet för att det i slutändan ska gynna patienterna. Läkaren känner en plikt att hela tiden förbättra de metoder han använder, att hela tiden förkovra sig som läkare.

”Jag känner för att effektivisera i mitt arbete hela tiden precis som de jag jobbar med ’kan vi inte göra så eller skulle vi inte göra så, det uppfattar jag mer som en process där man utvecklar sitt arbete och sig själv” – Överläkaren Ceasar

Något som läkarna pointerade var att de såg vården som en ”slimmad” organisation. De ansåg att ännu lägre budget skulle skada vården på ett mer fundamentalt sätt. Även om de menade att det fortfarande fanns viss ”luft” att pressa ur systemet, så skulle nedskärningar enligt osthyvelsprincipen skära fel. Man kunde även se en viss desperation över att läkarna kände sig osedda, de rationaliseringar och effektiviseringar som gjorts hade inte fått någon positivt gensvar istället hade ribban höjts ytterligare.

”Det har effektiviserats, slutenvården hos oss med nästan 10% per år i tre år i rad, och det från en nivå när vi hade en beläggning på 95%, nu är vi uppe i 115% beläggning. Och det med i stort sett oförändrad personalstyrka. Är det någon som bryr sig? Inte vad vi kan se. Är det någon som fattar vad det innebär? Tänk om man hade gjort det på Astra, då hade man fått gå vidare till bättre arbetsuppgifter” – Överläkaren Adam

För att se hur läkarna såg på möjligheten att arbeta i en organisation med någon form av ekonomiska incitament framförde vi ett scenario där kliniken hade

möjlighet att behålla mellanskillnaden mellan DRG-ersättningen och klinikens utgifter. Läkarna, med ett undantag ställde sig försiktigt positiva till tanken.

”Om du hade fått behålla vinsten så skulle du effektivisera/.../Även om vi skulle få behålla 50% av vinsten. Det finns delar av sjukhuset som har gått med rejäl vinst, och där har de här pengarna försvunnit för att täta andra hål” – Specialistläkaren Asta

Men för läkaren är det de medicinska frågorna som är av störst intresse, därför ligger hans fokus på att förbättra metoderna för diagnostik och behandling, snarare än att se över kostnader.

Det råder inte samstämmighet mellan hälsoekonomins definition av begreppet effektivitet och så som läkarna uppfattar dess innebörd. Man menar att i diskussioner kring effektivitet så tar man inte tillräcklig hänsyn till vårdkvalité, eller åtminstone inte alla aspekter av vårdkvaliteten. Man menar till exempel att omvårdnadsfrågor inte uppmärksammas då man gör effektiviseringar.

I diskussioner om besparingar nämner läkare ofta att de försöker undvika att göra ”onödiga” undersökningar. På frågan om ”onödiga” undersökningar tas på grund av press från patienter, där patienter med bestämdhet kräver en behandling eller en undersökning, svarade läkarna att det förekommer. Skillnaden i svar var sedan hur de ansåg att man påverkades av pressen. En del såg inte pressen som ett problem medan andra erkände att de eller ”någon kollega” säkert skulle kunna ta en extra undersökning för att vara säker.

”I början tog jag rätt mycket onödiga blodprov, jag skickade patienter på rätt mycket onödiga röntgenundersökningar, på grund av det, för att ha ryggen fri.” – Underläkare Astrid

En kliniks ersättning bestäms idag av DRG², på de kliniker där DRG-poängen rapporteras av läkaren själv uttrycker läkaren viss irritation över den extra ”börda” som de anser att poängsättningen innebär. Andra kliniker har anställt sekreterare som sköter poängsättningen, dels för att tillse att inga bidiagnoser överses, men också för att läkarna ska kunna lägga mer tid på vård. Läkarna ställer sig dock frågande till hur ”ekonomiskt” det är att anställa sekreterare som pressar maximalt ur ersättningssystemen då alla pengar egentligen kommer från landstinget.

”Hur som helst har man anställt nu och utbildat sekreterare som sitter och skriver ihop så många diagnoser som möjligt, för att man ska tjäna pengar, så mycket som möjligt. Så att allt som patienten har med ska skrivas ned, inte för att det nyttar patienten eller behandlingen utan för att skrapa ihop så mycket poäng som möjligt. För mig är väl det ok, om man vill använda resurser på det. Frågan är om man använder lika mycket resurser på det, på att göra det som man får in på det” – Överläkaren Ceasar

3.3 Kunskapsövertag

² Diagnos Relaterade Grupper, innebär att kliniken erhåller en viss ersättning för varje patient, baserad på patientens ålder, behandlingen för sjukdomen, eventuella bidiagnoser och komplikationer. Ersättningen beräknas utifrån en genomsnittskostnad för patienter tillhörande en viss diagnosgrupp.

Läkarna finner både för och nackdelar med att patienter i allt högre grad är pålästa om de sjukdomar eller skador som de söker behandling för. En stor fördel är att dialogen mellan patient och läkare kan föras på ett mer avancerat plan och de kan resonera och diskutera. Nackdelen är inte lika ofta förekommande men påpekas ändå av alla intervjuade läkare, vissa patienter en förutfattad mening baserad på osäkra fakta som de vidhåller även om läkaren menar att hans expertis menar annat.

”Så klart jag tycker att patienten kan vara lite mopsig ibland om man säger såhär, men å andra sidan; jag förstår också att patienten förmodligen bara är orolig. Orolig och lite överpåläst och känner att: ’om inte jag säger det här så kommer de att missa någonting’ och så vidare., och det får man ju ta för vad det är och göra det bästa av” – Underläkare Clemens

Läkarna är förhållandevis överens om att administration och politiker inte kan veta hur det fungerar även om det finns undantag som har god insikt. En del menar att det inte är möjligt för dem att förstå vården, andra menar att de blundar för den eftersom de inte kan vara ärliga mot allmänheten om vad besparingarna får för effekt.

”Det är lätt att be någon annan bestämma, och sedan kan man gömma sig bakom det och säga att: ’men politikerna har bestämt att den här patientgruppen ska inte ha någon vård’. Vill vi ha det så? Nej det vill vi väl inte, det tror jag inte på.” - Överläkaren Adam.

3.4 Prioriteringar

När besparingarna övergår förmågan att effektivisera så krävs prioriteringar, detta är något som delar läkarna i två läger. Vem ska prioritera? Att göra ekonomiska bedömningar i sitt dagliga arbete är något som alla läkare anser att de gör. De är dock noga med att påpeka att de alltid gör sitt bästa för patienten som de har framför sig. ”det är ju själva kärnan så att säga, tricket är ju att hitta ett sätt att spara på som inte drabbar patienten” – Underläkaren Astrid.

Den del av vården som rationaliserats bort är enligt läkarna de ”mjuka värdena”, service och ”bedside manners”.

”Både längre vårdtider och, men där har vi svårt att se att man kan bli mer ovänlig på avdelningen än vad vi är, eller ha mindre patientkontakt, eller ha ännu sämre kontakt med anhöriga som blir missnöjda, som då blir missnöjda och klagar” – Överläkaren Adam

Läkarna har en orubblig uppdelning mellan akuta och icke akuta fall även om skalan däremellan är flytande, det är så man gör de flesta prioriteringarna. Är man i akut behov av vård så får man vård i största möjliga mån och av bästa möjliga kvalitet. Besparingarna har enligt läkarna inneburit att man förlänger vårddöerna för att upprätthålla vårdkvaliteten för de allvarligt sjuka.

För att kunna göra prioriteringar förutsätts läkaren ha kunskap om både kostnader och olika behandlingars effektivitet. Man kan inte bara se till faktorer

som patientens nuvarande tillstånd eller ålder, utan måste även kunna göra en beräkning av vilken effekt behandlingsåtgärden får för patienten.

”För att veta kostnad och nytta så måste man ju veta båda sakerna ju, och jag har dålig koll på kostnad, absolut. Men ibland ska nog jag säga, helt ärligt, har vi dålig koll på egentligen exakt nyttan av olika behandlingar” – Underläkaren Clemens

Läkarna var ofta av den åsikten att de gjorde ekonomiska bedömningar i sitt arbete men att ekonomin alltid kom i andra hand efter patienten.

”Allt vad jag gör innebär ju att jag tänker på vad som är bäst för patienten. Vad kostar det?: dels i lidande för patienten, sen också vad är kostnaden för samhället” – Överläkaren Ceasar

”De prioriteringar vi har, vi har ju urakuta patienter, femåringar som ramlat från lekställningen slår i huvudet och får en blödning, de går ju direkt till operation om de behöver det. Det är ju inget snack. Sedan har vi cancerpatienterna som ska in inom, absolut inte längre än en månads tid så ska de komma till och opereras. Kvar är då patienter med nacksmärta till exempel, diskbrock i nacken som strålar ut i armen, de har jätteont och de kan inte sova på nätterna och plågas ohyggligt men de dör inte av det, de dör inte om de inte får komma till direkt, så den prioriteringen måste man göra./.../ Jag är rätt bekväm med att ta dem själv[prioriteringarna]faktiskt. Men jag tycker synd om t.ex. patienter med svår smärta som måste vänta för att det måste gå annat före ,det gör jag. Men samtidigt tycker jag att det är rätt att akuta patienter kan få gå före, så det är inget etiskt problem med det egentligen.” – Underläkaren Astrid

”Jag tycker att vi inte ska prioritera, ibland måste man ju det, om man är på akuten och det finns massor av svårt sjuka, så får man ju ta den som är sjukast först, man kan inte kalla in hur mycket folk som helst. Jag tycker inte att vi ska säga att ’vi har inte råd att ge dig behandling’ eller ’den här typen av patienter ska vi inte behandla’” – Överläkaren Berit

För den enskilde läkaren är det inte lätt att fatta beslut som innebär att deras patient inte får bästa möjliga vård. Detta kan dock bli tvunget på grund av nödvändigheten av att göra prioriteringar. Att se behoven hos patienten man behandlar i relation till de som står på tur är svårt både på grund av att informationen kan vara bristfällig och att patienten på mottagningen har ett ansikte och ett namn.

”[D]en patient som man har träffat och den man ser framför sig, det är ju mycket svårare att prioritera bort den än den som bara är ett namn på ett papper.” – Överläkaren Berit

Beslut som fattas av läkare kan ofta få allvarliga konsekvenser för individer detta är ännu en parameter som sätter press på läkarens förmåga att relatera nyttan av den behandling som patienten ska få i relation till den behandling som patienten ska få i relation till den nytta som samma resurser kan göra för patienterna som står i kö. Denna *alternativnytta* känns ofta avlägsen och ges därför lite tyngd. Läkarna själva menar dock att dessa beslut ingår i deras jobb som läkare. Visserligen är det inte alltid lätta beslut att fatta, men de flesta läkare anser att man klarar av att fatta korrekta beslut i dessa avseenden, även om vissa läkare uttrycker stark aversion mot att överhuvudtaget behöva fatta dessa beslut.

Samtliga läkare uttrycker en frustration över att en diskussion om nödvändigheten av att göra prioriteringar i sjukvården inte förs i den offentliga

debatten. Man upplever det som att politiker inte tar sitt ansvar eftersom de inte klargör för medborgarna behovet av prioriteringar. Läkarna menar att detta försvårar för dem att göra prioriteringar i sitt arbete eftersom patienter ställer krav som inte går att infria. Läkare känner att de får anta rollen som skurk i dessa sammanhang, vilket är en källa till viss irritation inom läkarkåren.

”De är ju satta där av oss för att ta beslut om prioriteringar i samhället och jag tycker att de kommer lite undan när de säger att ’vi ska ge en god kvalitet på vården’. Det är ingen som talar nånting om... det ända de säger är att det är långa väntetider, det är det ända problemet med sjukvården. Sen så ger de oss mindre och mindre pengar, och sen är det vi som ska trola med dem./.../ Jag tycker att de kanske borde ta lite mer ansvar, politikerna” – Överläkaren Berit

”Politikerna har ju sagt att vi ska ha bra sjukvård här i skåne/.../Men samtidigt har man sagt till klinikerna att ’er budget är begränsad’. Man är inte kanske alltid jättetydlig när man går ut till befolkningen och berättar ’vad ska ni få för sjukvård i år’/.../patienterna kan ju ibland bli väldigt arga på oss för att vi i praktiken gör så som vi i princip har fått direktiv att göra” Överläkaren Adam

3.5 Autonomi

Läkaren har länge utövat en stor del av sitt arbete utan inblandning från kollegor, ledning eller utomstående. Även om läkarnas kliniska frihet fortfarande, i princip, är intakt så har deras handlingsutrymme begränsats av nedskärningar och direktiv från ledning.

Ett exempel på inskränkning av klinisk frihet som tagits upp från intervjupersonerna är begränsningen av ordineringsrätten av en ny MS-medicin. För att få ordineringsrätten till sin patient så måste man be ledningen om lov och argumentera för sin patient.

Läkarnas möjlighet att påverka sin organisation är den delen av autonomi som begränsats i störst utsträckning. Läkarna har inte möjlighet att planera sin arbetstid, något de anser är en källa till ineffektivitet.

”För mig är stora delarna av det som är problemen med , tydligast i primärvården, det är att läkarna har förlorat möjligheten att styra över sin egen tid./.../framförallt har vi disponerat vår egen tid och det tror jag nog är väldigt effektivt, jag menar vem sjutton vill lägga ner mer tid på sitt jobb och få gjort inte nog” – Överläkaren Ceasar

En nyligen föreslagen reform av läkarnas jourssystem, där jourkompensationen, läkarnas möjlighet att ta ut sina jourtimmar i pengar, ska tas bort. Missnöjet med denna reform är utbredd, men man kan inte bortse från att en del av missnöjet troligen stämmer ur att det blir ett inkomstbortfall för läkarna.

”Sen kan man ju klaga på den därför att det som många gör är ju att de tar ut jourkompen i pengar, det ska man ju inte sticka under stolen med, så i ett kortare perspektiv så innebär det ju ett inkomstbortfall för den enskilde läkaren.” – Överläkaren Adam

Vissa läkare påpekade dock att reformen i sig inte är dålig då den minskade arbetstiden kommer ge mer utvilade läkare vilket ger bättre vård.

En läkare ser jourkompensationsreformen som en smygrationalisering då den kombineras med ett anställningsstopp. Eftersom antalet läkartimmar minskar, produktionskvoterna kvarstår, och det inte finns möjlighet att anställa fler läkare för att fylla de bortfallna timmarna så tvingas den kvarvarande personalen att producera samma mängd vård på färre antal timmar, i praktiken en rationalisering.

”För att klara budgeten, alltså den nya budgeten, så måste läkarna ta ut sin jourkomp i tid, för att då minskar ju lönekostnaden, om inte någon annan läkare går in och jobbar de timmarna på kliniken. Men man har ju samtidigt infört ett anställningsstopp, så det kommer inte in någon ny läkare och jobbar dem, så det är därför jag menar att det är en smygrationalisering” –
Överläkaren Adam

3.6 Kontinuitet och förankring

Bristande kontinuitet i hur sjukvården styrs påverkar enligt läkarna sjukvården negativt på två sätt. När reform ersätter reform och nybildade enheter bortrationaliseras oavsett hur de fungerat blir organisationen till slut trött på de ständiga förändringarna och ser på varje ny förändring med skepsis. Detta gör även att organisationen inte hinner vänja sig vid de spelregler som finns och kan därför inte anpassa sitt arbete innan reglerna ändrats igen, en källa till ineffektivitet.

”Det blir ingen kontinuitet i hur man ska arbeta med ekonomin, i alla fall så känns det inte när man jobbar som läkare utan det är lite... sen så byter man ledning politiskt så är det något annat som gäller” - Underläkaren Bertil

”Det är ett exempel på hur saker styrs, med huggskott, det finns ingen långsiktig planering, det finns en massa drumlar som har väldigt lite kunskap om vilka behov en patient har/.../Om man såg till att vården fick klara riktlinjer och prioriteringar, om att 'ni har de här resurserna, gör sjukvård på ett hållbart sätt'. Utan inblandning från alla möjliga där man byter riktning hela tiden” – Överläkaren Ceasar

Ett av skälen till att reformer och nysatsningar påbörjas och avbryts utan någon, från läkarnas synvinkel, logisk förklaring är att regionsförvaltningen byts ut och nya ideologi börjar gälla. En ny budget med nya prioriteringsområden och nya nedskärningar river upp gamla beslut och instiftar nya. Maktskiftet får även effekt för ansvarsutkrävandet. Läkarna känner att politikerna som fattar misslyckade beslut hinner bytas ut innan de kan ställas till svars och krävas på en korrigerande.

De flesta läkarna menar att en stor brist är att många beslut som tas inte har stöd i forskning eller beprövad erfarenhet. Eftersom det är läkarna som är experter på att vara läkare bör de också tillfrågas när regelverk och reformer utformas.

”Men det skiljer jag från den gimmick som kommer uppifrån där man säger att: 'nu ska vi göra så här va'. Det leder inte till någonting, det är inte förankrat någonstans, det är ett språk som inte

förstås. Folk är lite dåliga på att reagera idag för att man har varit med om så mycket.” –
Överläkare Ceasar

4 Analys av det empiriska materialet

Syftet med denna uppsats har varit att öka förståelsen för hur läkaren hanterar de nya krav som ställs på vården i och med, besparingar, nedskärningar och rationaliseringar; det vill säga krav på ökad effektivitet och prioriteringar. De nya kraven får även implikationer för de förutsättningar utifrån vilka läkarna arbetar. Det har därför också varit av intresse att studera dessa. Det är dock av yttersta vikt att understyrka att det är läkarnas bild av sin verklighet som vi valt att fördjupa oss i och det är därför inte vår avsikt att förmedla en i någon mening objektiv verklighetsbild.

I de kommande styckena ämnar vi analysera det intervjumaterial med utgångspunkt från den teoretiska grund som byggt upp i vår teoridel. Här kommer vi att fördjupa oss i vad materialet har för betydelse.

4.1 Analys

Alla tillfrågade läkare underströk vikten av att göra sitt bästa för patienten. Det har understrukits att den pliktetik som läkarna utgår ifrån står i konflikt med en optimal resursfördelning mellan patienter.

Läkarna ser inte denna konflikt, visserligen känner de ett starkt engagemang för deras patienter men detta ser de inte som ett hinder för prioriteringar. Inom sjukvården råder en uppdelning mellan akuta och icke akuta fall. Den naturliga prioriteringen blir därmed den mellan den "akut" behövande, och den som kan vänta. En indelning som dock är flytande och där de olika fallens allvarsgrad är inbördes relativa. Det finns likaledes skillnader mellan specialiteter vad gäller den tydliga uppdelningen mellan allvarliga och icke allvarliga fall samt i vilken utsträckning prioriteringar kan begränsas till en avvägning mellan högriskfall och fall som kan vänta. En ortoped ställs till exempel inför helt andra bedömningar än en neurolog eller onkolog. Allt eftersom besparingarna stramar åt svångremmen kring sjukvården blir prioriteringarna av större angelägenhet. Restriktionen av en ny medicin för människor sjuka i multipel skleros berör läkarna som något nytt, ett extremt exempel på när resurserna anses så knappa att ledning måste gå in och begränsa läkarens befogenhet att ordinera mediciner.

Sjukvårdens personalmiljö är utpräglad incitamentslös. Likt många andra offentliga organisationer har sjukvården givit sina anställda fast lön, fast anställning, regelstyrning och klara ärendebehandlingsprocedurer i utbyte mot ärliga, hederliga, rättfärdiga, trovärdiga opartiska och omutliga anställda (Cristensen et.al. 2005 s. 192). I sin bok *Effektivare sjukvård* menar Jönsson och Rehnberg (1981 s. 80) att de metoder som kan användas för att förändra läkares

beteende, har de innehållande ekonomiska incitament visats sig vara mest effektiva. Samtliga läkare i undersökningen upplever dock en total avsaknad av ekonomiska incitament för bedrivandet av effektiviseringar. Man känner överhuvudtaget inte att det finns några som helst incitament, vilket nämndes i intervjugenomgången. Det är intressant att notera att de flesta läkare var intresserat positiva inför tanken på en organisation där ekonomiska incitament finns för antingen för den enskilde läkaren eller för kliniken. Det fanns dock vissa läkare som menar att ekonomiska incitament kan innebära att rättviseaspekten försummas och att vissa patienter kommer i skymundan.

Att det har utvecklats ett större kostnadsmedvetande bland läkare de senaste tjugo åren har forskningen visat, men det råder skillnader mellan läkare i detta avseende. Vissa har en ganska god uppfattning om kostnader, medan andra har en sämre, och hos dessa läkare saknas reflektioner om kostnader. Detta hänger ihop med läkarens formella position, men det hänger även samman med den enskilda läkarens personliga intresse av att känna till kostnader samt hur kliniken har arbetat för att göra sina anställda kostnadsmedvetna. Ett flertal undersökningar av visat att kännedom om kostnader påverkar den mängd ordinationer som läkaren beställer. Något system för att göra kostnadsinformation lättillgängligt för läkarna existerar dock inte, vilket kan vara orsak till de skillnader som uppvisas mellan läkarna vad gäller kunskaper om kostnader.

Även utbildning nämns som en metod för att påverka läkarnas beteende. Denna anses för sig själv endast ge temporära effekter men har visat sig ge mer permanenta effekter i kombination med andra åtgärder. Även här har inget initiativ tagits. Läkarnas enda möte med ämnet hälsoekonomi uppger de vara någon enstaka föreläsning vid läkarutbildningen, något som dessutom verkar vara de yngre läkarna förbehållet. Detta är synnerligen märkligt, särskilt med tanke på det intresse som de flesta intervjuade gav uttryck för. Detta intresse ska dock inte överdrivas, man poängterar sitt huvudsakliga intresse för medicinska frågor, men en ekonomisk utbildning relevant för deras verksamhet välkomnas.

Ett flertal studier har påvisat hur läkares autonomi har begränsats under de senaste åren från både ledningens och patienternas sida (Hallin 2003 s. 54f). Läkarna uppfattar dock inte att deras kliniska autonomi begränsats i någon utsträckning, istället är det deras organisatoriska handlingsfrihet som de ser som inskränkt. Möjligheten att planera sin tid och bestämma antalet sängplatser har flyttats högre upp i hierarkin.

Från patienterna känner läkaren inget hot mot sin autonomi, även om de medger att dagens patient är mer välinformerad. Detta uppfattas snarare bidra till en mer givande patient-läkarrelation, där en öppen dialog kan uppstå, vilket läkarna menar ger både en mer tillfredställande arbetssituation men också premierar samförståndet mellan läkare och patient.

Något som faktiskt påverkar läkarens arbete är reformer av organisation och finansiering. Dessa är dock, enligt läkarna själva, sällan förankrade i läkarkåren. Läkarna uttrycker en oförståelse för många beslut, och ställer sig frågande till om reformerna går i linje med beprövad erfarenhet och kunskap. Detta kan tolkas som uttryck för vad som inom organisationsteorin brukar kallas *myter* (Christensen et al. 2005 s. 76-7). Misslyckandet med att förankra reformerna kan ha sitt upphov i

verksamhetens komplexitet. Detta gör det svårt för personer utanför organisationen att utforma reformer som tar hänsyn till arbetets särpräglade natur (Christensen et al. 2005 s. 94, Mintzberg 1983 s. 210-213). Den bristande förankringen kan även ligga bakom läkarnas känsla av att sjukvårdens styrning präglas av planlöshet och otillräckliga kontinuitet. Flera läkare menade att sjukvården borde kunna styras på ett bättre sätt där förändringar i politisk majoritet inte påverkade deras verksamhet i lika hög grad.

5 Slutsats

Kan en beskrivande uppsats medföra några konkreta slutsatser? I vår uppsats har vi haft för avsikt att beskriva hur läkaren ser på den ”nya” sjukvården. Uppsatsen är alltså i grund och botten beskrivande. Vi menar ändå att vi kan komma med slutsatser och konstruktiva förslag utifrån det material vi inhämtat och bearbetat. I de kommande styckena kommer vi att presentera våra resultat.

Sedan sent åttiotal har reformer genomförts där ett införande av marknadstänkande har syftat till att skapa konkurrens inom den offentliga sjukvården (Axelsson 1998 s. 59). En essentiell komponent har dock utelämnats; läkarna ser inga incitament utöver de som en stark professionsmoral bidrar med. Läkarprofessionen är redan i grunden fri från möjliga karriärsteg, i sjukvården når man relativt snabbt sitt mål; som specialist kan man arbeta med sitt intresseområde. Det som anses eftersträvansvärt bland läkarna är kompetens och forskning snarare än uppnådd hierarkisk nivå.

Bristen på uppmuntrade initiativ understryks av de intervjuade läkarna som menar att de inte ens får en ”dunk i ryggen” när de gjort någonting som bidrar till klinikens kostnadseffektivitet. Även om detta säkerligen varierar mellan olika kliniker och divisioner så gör incitamentsbristen tillsammans med övriga lönesystem att det finns negativa incitament till att arbeta snabbt. En läkare har ingenting annat att se fram mot än mer jobb om han ökar på takten. Även om de olika besparingarna sätter press på klinikernas personal via verksamhetschefer, divisionschefer och sjukhuschefer så kvarstår ändå problematiken: Läkaren har inte någon annan drivkraft till att arbeta snabbt än sin lojalitet mot patient, klinik och/eller samhälle. Även om man kan problematisera en eventuell personlig ”morot”, i form av bonusar eller andra lönepåslag, så bör ett system kunna konstrueras där åtminstone kliniken som kollektiv premieras av hårt arbete. Ett talande argument för incitament som ligger närmre läkaren är att det är läkarna som fattar merparten av de resurskonsumerande besluten. Eftersom det är svårt för någon utomstående att reglera hur läkarna skall utföra sitt arbete så måste systemen vara konstruerade så att läkarna själva ska vilja arbeta i samma riktning som sjukledningen.

Allteftersom politiker och tjänstemän försöker skaffa sig bättre insyn och bättre styrmedel i sjukvården så ökar behovet av dialog mellan läkare och ledning. Olika beslut kritiserar ofta av läkarna för deras brist på förankring till läkarkåren. Läkarna känner sig förbisedda och har svårt att se hur och varför sjukvården styrs som den gör. Många reformer ses som planlösa och utan stöd i medicin eller erfarenhet. Henry Mintzberg menar att förändringar i professionell byråkrati inte kan ske uppifrån och ned utan måste ske långsamt genom att kontrollera vilka som ges tillträde till professionen, vad som lärs ut vid dess lärosäten (Mintzberg 1983 s. 213).

Läkarna tycker sig även leva i en verksamhet som inte styrs med tillräcklig kontinuitet. När de viktigaste aktörerna i verksamheten tycker sig styras av ogrundade "huggskott" så finns det anledning till att ta reda på vad detta beror på. En av, eller en kombination av, flera möjliga förklaringar är rimliga: Politiska regimskiften skapar olika ideologiska utgångslägen för beslut; brist på dialog mellan de som utformar beslut och läkarkåren resulterar i att läkarna inte ser hur verksamhetens mål underbyggs; nya organisationsteoretiska recept avlöser varandra eftersom sjukvården är en komplex organisation som är svårstyrd tycks inget recept vara "rätt"; behovet av att kunna kontrollera sjukvårdens utgifter har även givit ledningen större möjlighet att kontrollera läkarens arbete, detta beskär läkarens autonomi och därför också hans möjlighet att anpassa sitt arbete efter en föränderlig vardag.

Läkarens autonomi är stark i förhållande till icke professionella yrkesgrupper, den ger en stor handlingsfrihet som möjliggör både försummande av patienter och att bortse från organisationens intressen, i kontrast till det står att alla intervjuade läkare var rörande överens om att sjukvård ska drivas av en sanning som står över alla andra: patientens välmående och hälsa skall alltid ha högsta prioritet.

Även om man som enskild patient bör föredra läkarnas vurm inför sina patienters hälsa så är denna etiska utgångspunkt inte utan problem. Hänsyn måste tas, inte bara till medicinsk nytta, utan också begränsade resurser eftersom kostnaden för en patients vård är uppoffrad medicinsk nytta för någon annan. De intervjuade läkarna var oense om huruvida politiker bör vara mer involverade i prioriteringar, en sak som eftersöktes på bred front var dock att en tydligare bild av hur sjukvården påverkas av nedskärningarna skulle förmedlas till allmänheten. Frågan är om detta inte är en indikation på ett djupare problem: en modern allmänsjukvård kanske inte kan omfatta alla åkommor. Allteftersom sjukvården blir mer tekniskt avancerad och befolkningen blir äldre så ökar efterfrågan på sjukvård. Genom att begränsa den offentliga sjukvårdens ansvarsområden så kan efterfrågan föras ner till en nivå som sjukvården klarar av att möta med de tillgängliga resurserna.

En vård kan alltid vara mer eller mindre effektiv, frågan är hur man anser att en god nivå av effektivitet bäst uppnås. Genom att förändra styringen av sjukvården och sätta prislappar på behandlingar och undersökningar har förhoppningen varit att en effektivare sjukvård ska kunna uppnås. Frågan är om denna metod ger de önskade effekterna. En klinik med perfekt kostnadsmedvetenhet kan med lätthet säga vad en behandling kostar, dock inte vad den är värd. Det är svårt att avgöra vilken nytta som uppnås när nyttan är av så svårgreppbar art och vinsterna i stor mån är av "spin-off"-natur.

I det ovanstående styckena har presenterat vad vi kommit fram till när vi förde samman teori och empiri och nu kan vi återvända till våra frågeställningar för att besvara dem.

Läkarna ser pressen från allmänheten som ett symptom på att politikerna inte förmedlar vad besparingarna faktiskt innebär till allmänheten.

Vården har gjort många försök att introducera ett mer omfattande ekonomitänk i vården och läkarna menar att de idag är mer medvetna om utgifter

än tidigare. Läkarnas etik och bristande incitament verkar dock inte alltid i samma riktning med vad som är ekonomiskt önskvärt.

Läkarna menar att deras arbetssituation blivit mer pressad och deras tid med varje patient begränsats. De anser att vårdens kliniska kvalitet inte påverkats men att service och tillgänglighet som är en del av vårdkvalitet i stort har blivit sämre.

Nedskärningar och rationaliseringar påverkar läkarens arbete på många sätt: ekonomiska bedömningar får en mer framträdande roll i deras avvägningar; ledningens behov av insyn och detaljstyrning beskär läkarens möjlighet att strukturera och fördela sin egen tid; behovet av prioriteringar i patientarbetet blir större och prioriteringarna i sig blir svårare.

6 Referenser

- Abrahamsson, Kenneth 1985. *Vad är intressant med professioner? i Professionaliseringsfällan* (red) Broady, Donald. Stockholm: Carlsson bokförlag AB
- Axelsson, Runo 1998. *Hälso- och sjukvårdsadministration – i organisationsteoretisk belysning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Bengtsson, Gunnar – Lönnberg, Anders – Reizenstein, Peter, 1994. *Etik och ekonomi i vården*. Stockholm: SNS förlag
- Christensen, Tom – Laegreid, Per – Roness, Paul G – Røvik, Kjell Arne, 2005. *Organisationsteori för offentlig sektor*. Kristianstad: Författarna och Liber AB
- Esaiasson, Peter – Gilljam, Mikael – Oscarsson, Henrik – Wängnerud, Lena, 2004. *Metodpraktikan – Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Andra upplagan. Stockholm: Norstedts juridik AB
- Hallin, Bo – Siverbo, Sven 2003. *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Hultin, Henric 1991. *Är ekonomiska hänsynstaganden i sjukvården etiskt acceptabla?* i *Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv* (red) Calltorp, Johan. Lund: Studentlitteratur
- Jonsson, Egon 1991. *Ekonomi och utvärdering av medicinsk teknologi i Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv* (red) Calltorp, Johan. Lund: Studentlitteratur
- Jönsson, Bengt – Rehnberg, Clas, 1987. *Effektivare sjukvård*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Lindqvist, R. Heurgren, M., 2005. *KPP/DRG i verksamhetsuppföljning*. Centrum för Patientklassificering
- Lundquist, Lennart, 1998. *Demokratins väktare – Ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur
- Mintzberg, Henry 1983. *Structures in fives - Designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-hall, inc
- Nilsson, Viveka 1999. *Empati och Distans – en studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*. Göteborg: Göteborgs universitet
- Norlund, Anders 1987. *Resultatanalyser inom akutsjukvård – tillämpningar vid lunds lasarett*. Lund: Lunds universitet
- Preston, Alistair M, 1992. "The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practises of accounting in U.S. hospitals" *Accounting, organizations and society* vol.17, No.1, s.63-100.
- SCB, 2004. *Serie Befolkning 2004 – BE 18 SM 0401*

- Socialstyrelsen, 2005. Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2005.
Statistik hälso- och sjukvård 2006:4. Sveriges officiella statistik. Art. Nr. 2006-46-4
- Socialstyrelsen, 2006. *Äldres vård och omsorg i Skåne ur ett kostnadsperspektiv*
SOU 1995:5
- Sveriges Läkarförbund: *Etiska regler och internationella etiska deklARATIONER*.
Stockholm: Sveriges Läkarförbund

6.1 Internetreferenser

Internet 1: 2007-05-21, kl: 21:23:
http://www.scb.se/templates/tableOrChart____80991.asp

7 Bilaga: Intervjufrågor

1. Vad uppfattar du som din roll i effektiviseringsarbetet?
2. Vad är enligt din uppfattning innebörden av ekonomistyrning?
3. Vilken roll spelar DRG på din klinik?
 - A. Synpunkter?
 - B. Hur påverkar det ditt arbete?
 - C. Uppfattas det som en börda?
4. Finns det någon morot för effektiviseringar?
5. Gör du ekonomiska bedömningar i ditt dagliga patientarbete?
6. Hur ser du på möjligheterna att effektivisera vården?
7. Vilken tillgång har du till information om kostnader?
8. Upplever du svårigheter i att prioritera mellan patienter?
9. Anser du att du har tillräcklig information för att göra väl underbyggda prioriteringar? (kostnads-effektivitetsanalys)
10. Känner du ett behov av riktlinjer för prioriteringar från politiskt håll?
11. Vilka svårigheter upplever du i att göra ekonomiska bedömningar i patientarbetet?
12. Görs ekonomiska bedömningar vid livets slutskede?
13. Trender i kunskapsövertaget
14. Vad uppfattar du vara definitionen av begreppet ”effektivitet”?
15. Vad tror du om utbildning i hälsoekonomi för läkare?
16. Förslag till styrsystem (både vårt och deras eget förslag)
17. Beskriv hur du prioriterar mellan patienter