



LUND UNIVERSITY

Bättre patientresultat med professionell självkontroll

Lind, Jan-Inge

2013

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lind, J.-I. (2013). *Bättre patientresultat med professionell självkontroll*. (KEFU skriftserie; Nr. 2013:1). KEFU.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

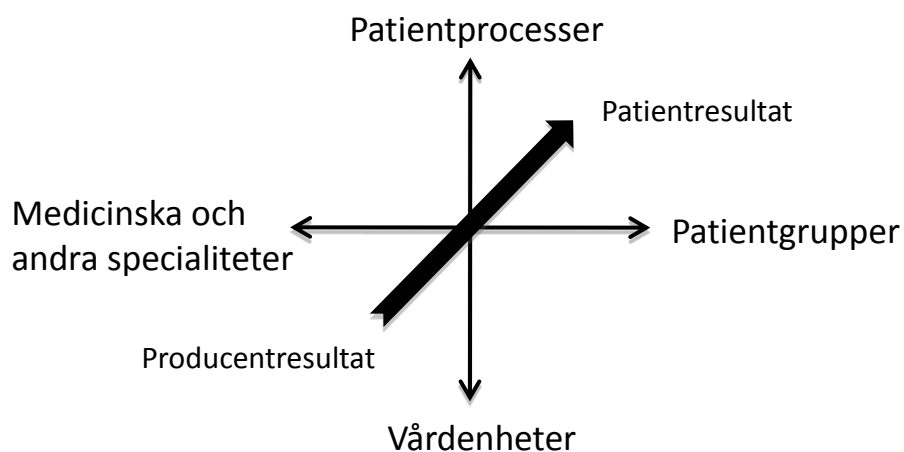
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Jan-Inge Lind

Bättre patientresultat med professionell självkontroll



Skriftserie 2013:1



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

Produktion: KEFU Skåne

Upplaga: 150 exemplar

Tryckning: KEPA Tryck AB, Kävlinge 2013

FÖRORD

Vissa frågor känns eviga, en del känns nästintill olösliga. En sådan är hur hälso- och sjukvården lämpligen organiseras och styrs. När ett sjukhus för 60-70 år sedan i princip bestod av en medicinsk och en kirurgisk klinik var det nog få som anade vad som komma skulle. Hälso- och sjukvårdens gränser har sedan dess expanderat och det verksamhetsmässiga innehållet har mångfaldigats. Primärvårdens expansion, hälsoval och den allt mer kvalificerade vården i hemmet gör att vårdens gränser sträcker sig långt utanför sjukhusets gränser. Möjliggörande läkemedel och den medicinska tekniska utvecklingen, tillsammans med den ökade medicinska specialiseringen, har medfört en mycket påtaglig volymökning av det verksamhetsmässiga innehållet. Utifrån ett patientperspektiv har denna utveckling huvudsakligen varit av godo. Den i mångt organiska utvecklingen har emellertid medfört att den samlade hälso- och sjukvården blivit svår att styra, vilket ibland medfört att patientsäkerheten i vissa fall satts ur spel med ödesdigra konsekvenser.

För att öka styrbarheten och patientsäkerheten har också ett flertal organisations- och styrsystemsförändringar genomförts inom det svenska sjukvårdssystemet. Gemensamt för många av dessa förändringar är att de har varit förändringar inom det befintliga systemet, och/eller att förändringarna vanligtvis rört sig om avgränsade delar av det samlade systemet. Ledmotivet i föreliggande rapport, ”att tänka utanför det befintliga systemet”, har visat sig svårt. Ett recept på hur detta kan göras och vad som krävs återfinns i föreliggande rapport.

Hälso- och sjukvårdens organisation och styrning har länge varit ett högt prioriterat forskningsområde för KEFUs styrelse. Docent Jan-Inge Lind har under de senaste 20 åren varit en av de drivande forskarna i realiseringen av detta forskningsområde. Han har genomfört ett antal forskningsprojekt som finansierats av KEFU och skrivit ett flertal böcker på temat. Det är därför glädjande att Jan-Inge vill ge ut sin senaste rapport på temat inom ramen för KEFUs skriftserie och som brukligt ansvarar författaren för de värderingar och slutsatser som framkommer i rapporten. Jan-Inge har på många sätt och vis genom sin personlighet och drivna konceptuella tänkande influerat KEFUs resursnätverk. Personligen hoppas jag på att Jan-Inges samlade tankar och förslag som presenteras i denna rapport är en början på något mycket spännande. Rapportens avslutande förslag till forskning pekar också tydligt på att många forskningsfrågor ligger kvar i oplöjd mark.

September 2013

*Ulf Ramberg,
forskningsledare KEFU*

FÖRFATTARENS FÖRORD

Det finns anledning att särskilt tacka några av alla de som på olika sätt bidragit till denna rapport. Först och främst vill jag tacka Studentlitteratur. Skälet är att boken *Nästa vårdssystem* (Lind, 2010) med sitt breda anslag på olika sätt varit en ”resursbok” för denna rapport. Detta kanske framgår tydligast av en sammanfattning av kapitelrubrikerna i boken.

Dagens vårdssystem	Nästa vårdssystem
Administrativ budgetkontroll	Professionell självkontroll
Utgår från dagens produktionsenheter	Utgår från värdeskapande för patienter och patientgrupper
Förfinar egen del i vårdkedjor	Utvecklar och förnyar vårderbjudanden
Akuta sparbetning	Planerad kostnadsminimering/ prevention
Etablerade chefsroller i fokus	Nya ledarroller i fokus
Traditionella ”internmarknader” och entreprenader	Äkta kvalitetskonkurrens

Figur förord: Några karakteristika i dagens respektive nästa vårdssystem (Figuren är hämtad ur Lind, J-I. (2010:15). *Figur 2. Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll*. Studentlitteratur, Lund.)

Samtidigt är skillnaderna mellan boken och rapporten tydliga. Rapporten bygger på ytterligare tre års fortgående erfarenheter av många fler pilotprojekt än strokeprocesserna. Och även om både metodologiska och teoretiska frågeställningar berörs i boken är de här både utvidgade och systematiserade. Detta gäller också mina observationer och tolkningar i samband med deltagande i, och uppföljningar av, pilotprocesserna. Dilemmaanalysen och förslag till introduktionsstrategi är helt nyskrivna avsnitt. Men framför allt har jag här bemödat mig om att visa hur metoden för resultatutveckling är explicit och direkt relaterad till teorin om en patientfokuserad verksamhetsmodell; en teori som visat vägen för metoden; en teori som i sin tur stötts och utvecklats i en aktionsforskningsprocess.

Rapporten har kritiskt granskats av tidigare hälso- och sjukvårdsdirektör Ulf Meijer och medicine doktor och docent Claes Aren. De båda har också deltagit i aktionsforskningsprocessen. Rapporten har också granskats av ekonomie doktor Thomas Danborg och KEFUs forskningsledare Ulf Ramberg. Dessutom har docent Johan Berlin på sitt skickliga sätt lockat mig att systematisera observationer och tolkningar. Samtliga har dessutom kommit med konstruktiva förslag som jag sökt utnyttja även om jag själv står som ensam ansvarig för texten.

Lund i september 2013

Jan-Inge Lind

Innehållsförteckning

KAPITEL 1 DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN	1
1.1 INLEDNING	1
1.2 NÄSTA VÅRDSYSTEM - ETT UTVECKLINGSSCENARIO	1
1.3 FRÅN EN PRODUCENTFOKUSERAD TILL EN PATIENTFOKUSERAD VERKSAMHETSMODELL.....	4
1.4 HUR SKALL DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN UTVECKLAS PÅ BRED FRONT?	9
1.4.1 Vad som inte fungerar	9
1.4.2 Vad som skulle kunna fungera – en summering	11
KAPITEL 2 BAKGRUND, SYFTE OCH ANGREPPSSÄTT	17
2.1 INLEDNING	17
2.2 NÅGRA HISTORISKA UTVECKLINGSTENDENSER I VÅRA VÅRDSYSTEM	17
2.3 ANDRA RAPPORTDELENS SYFTE OCH METOD.....	18
2.3.1 Syfte	18
2.3.2 Metodologiskt perspektiv och metodval	19
2.4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	22
2.4.1 Tre begreppsfärer i fokus.....	22
2.4.2 Utveckling som en organisatorisk inlärningsprocess	23
2.4.3 Om att hantera nyckeldilemman	24
2.4.4 Från producentfokuserad till en patientfokuserad verksamhetsmodell	26
2.4.5 Företagsekonomiska perspektiv på uppföljning i vårdssystem – en utvikning.....	29
2.4.6 Sammanfattning	31
KAPITEL 3 OBSERVATIONER FRÅN PRAKTIKEN I PILOTPROCESSPROJEKTEN	33
3.1 KAPITLETS UPPLÄGG	33
3.2 ADMINISTRATIV HIERARKI OCH/ELLER PROFESSIONELL SJÄLVKONTROLL.....	33
3.3 AUTONOMA VÅRDENHETER OCH/ELLER GRÄNSÖVERSKRIDANDE PROCESSUTVECKLINGSTEAM.....	35
3.4 UPPFÖLJNING AV VOLYMER OCH PRESTATIONER OCH/ELLER UPPFÖLJNING AV HELHETS- OCH DELPROCESSRESULTAT	38
3.5 HISTORISK BUDGET OCH/ELLER ERSÄTTNING FÖR UPPNÅTT RESULTAT.....	40
KAPITEL 4 ANALYS AV DILEMMAN OCH TOLKNING	43
4.1 KAPITLETS UPPLÄGG	43
4.2 ANALYS AV DILEMMAN	43
4.3 SYNTETISERANDE TOLKNING.....	44
KAPITEL 5 SLUTSATSER OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	47
5.1 SLUTSATSER OCH BIDRAG	47
5.2 EFFEKTER OCH VALIDERING AV EN NY VERKSAMHETSMODELL.....	48
5.3 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	48
REFERENSER	51
BILAGA 1	54
BILAGA 2	56
BILAGA 3	57
BILAGA 4	58
BILAGA 5	59

RAPPORTENS SYFTE, SAMMANFATTNING OCH UPPLÄGG

Huvudsyftet med denna rapport är att beskriva en ny verksamhetsmodell, inklusive bakgrund och utprovning, för hälso- och sjukvården och öka förståelsen för de dilemman som aktualiseras vid omställningen från dagens etablerade och producentfokuserade verksamhetsmodell till en ny och mer patientfokuserad. Den samlade hälsovården, sjukvården och hemsjukvården inom ett territorium definieras här som ett vårdssystem¹. Inom regionala vårdssystem ingår många lokalt utspridda vårdenheter av olika slag – till exempel vårdcentraler, sjukhus och vårdboenden. En annan viktig och vanligt förekommande term är verksamhetsmodell, som svarar på frågan: ”Vilka värden vill vi skapa, för och tillsammans med vem?”.

Verksamhetsmodellen bestämmer de värdeskapande prioriteringarna som gjorts vid utnyttjande av både interna och externa resurser i ett vårdssystem. Termen är viktig, eftersom huvudtesen i denna rapport är att man från högsta till lägsta ledningsnivåer i dagens vårdssystem, mer eller mindre medvetet, utnyttjat en producentfokuserad verksamhetsmodell. Denna rimmar allt sämre med framväxande behov och krav från stora och växande patientgrupper, där nya typer av samarbetskapande arrangemang kan bilda basen för nya och mer patientfokuserade verksamhetsmodeller. Med patientfokusering avses här betoning på allt ifrån patientens behov, efterfrågan och önskemål till hennes vilja och förmåga att själv bidra till sin hälsa. Men för att patientfokusering ska bli uthålligt verkningsfull och inte bara en läpparnas bekännelse måste modellen byggas in i organisationens struktur och system, resurser och processer. Då möjliggörs bättre kvalitet, högre kostnadseffektivitet och mer likvärdig vård regionalt. Det är utvecklingshypotesen, vilken i denna rapport, något förenklad, beskrivs som ett scenario om ”nästa vårdssystem”. Rapporten baseras på en längre aktionsforskningsprocess vars utgångspunkt har varit att bidra till förbättringar i sättet att arbeta, leda och styra i svenska vårdssystem.

Rapporten består av två delar. Den första delen, *En patientfokuserad verksamhetsmodell*, handlar om aktionsforskningsprocessens resultat. Här presenteras en generell patientfokuserad verksamhetsmodell som bättre än dagens producentfokuserade svarar mot strukturella utvecklingstendenser i omvärlden och hos vårdprofessionella i vårdsystemen. Det är en verksamhetsmodell som både utger sig för att vara begreppsmässigt konsistent och möjlig att ”översätta” till en konkret arbetsmetod för kontinuerlig resultatutveckling. Rapportens första del förväntas vända sig till en bredare läsekrets av de som är engagerade i vårdstrategiska och organisatoriska frågor.

¹ När vårdssystem används i rapporten avses, om inget annat anges, hälsovård, sjukvård och äldreomsorg inom ett territorium.

Rapportens andra del, *Verksamhetsmodell under framväxt och utprovning*, handlar om aktionsforskningsprocessen och den metodik varigenom begreppsramen och resultatutvecklingsmetoden har utvecklats. Om stilen i första delen har karaktären av manifest eller resonerande essä så följer stilen i rapportens andra del en mer traditionell samhällsvetenskaplig presentationsform. Här presenteras både metodologiska och teoretiska utgångspunkter och verktyg. Vidare beskrivs erfarenheter, tolkningar och normativa slutsatser av en omfattande pilotstudie av all strokevård i Region Skåne under flera år. Rapportens andra del förväntas ha störst intresse för ”närmast berörda”, både inom praktik och forskning kring management och organisation av vårdssystem. Rapportens indelning i två delar medför att det förekommer en del upprepningar i texten, framförallt i kapitel 1 och övriga kapitel.

Del I

**En patientfokuserad
verksamhetsmodell**

KAPITEL 1

DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN

1.1 INLEDNING

I denna första rapportdel presenteras inledningsvis ett utvecklingsscenario om ett möjligt ”nästa vårdssystem”. Därefter renodlas och tydliggörs skillnader mellan dagens producentfokuserade verksamhetsmodell och en ny och mer patientfokuserad modell samt de dilemman som aktualiseras vid en övergång. Slutligen diskuteras både omöjliga och möjliga sätt att hantera övergångsprocessen från det etablerade till det nya.

1.2 NÄSTA VÅRDSYSTEM - ETT UTVECKLINGSSCENARIO

För alla som har studerat de starka drivkrafter som arbetar för förändringar i vården blir det ingen plattityd att prata om just *nästa* vårdssystem. De viktigaste tendenserna är väl kända och kan här summariskt sammanfattas enligt följande:

- Demografiska förändringar som gör befolkningen äldre och mer kostnadskrävande.
- Ny medicinsk och teknologisk kunskap som på ett bättre sätt kan tillfredsställa patientens behov, korta vårdtider men också skapa nya behov. Denna utveckling leder också till nya specialområden eller subspecialiteter för att kunna skapa ett tillräckligt djup inom kunskapen i området.
- Ökad generell tillgång till kunskap via framför allt Internet, vilken ökar medvetenheten om rättigheter och möjligheter hos medborgarna, det vill säga patienten får en ökad makt.
- Patientens valfrihet att välja vårdgivare och behandling.

Dessa kluster av förändringskrafter, som dessutom förstärker varandra inbördes, kommer att leda till både högre efterfrågan och avsevärt högre kostnader. Bedömningen är att de ovan nämnda utvecklingstendenserna kommer att förstärkas under 2010-talet. Det ställer vårdens ledning på alla nivåer inför nya strategiska och operativa frågeställningar. Vad betyder detta för våra verksamheter? Vilka möjligheter skapas och vilka hot och risker uppstår om inget görs?

Underlaget till scenariot är dels den till synes funktionsdugliga verksamhetsmodellen som presenteras i denna rapport och dels de starka förändringskrafter som summerats ovan.

Nästa vårdssystem innebär ett konceptuellt skifte som allt mer fokuserar på att bidra till att upprätthålla funktionsförmåga och hälsa för medborgare och patienter. Detta skifte leder bland annat till en betoning av prevention och egenvård som viktiga och underutnyttjade mekanismer; en förstärkt helhetssyn

på patienten; att man underlättar för patienten att bidra till sitt hälsoskapande tillsammans med olika vårdprofessioner; nya sätt att mäta värde för patienten; utveckling av nya roller för både operativa och strategiska ledarskap.

Nästa vårdssystem kommer i betydligt större omfattning att utgå från det som är värdeskapande för *patientgrupper*.² Detta kommer särskilt att gälla patientgrupper där vårdbehoven kräver insatser från många olika håll, där flera behovsdimensioner griper in i varandra och där flera vårdenheter är inblandade under relativt långa perioder. Patienternas behov formuleras inte i kirurgiska, medicinska eller ortopediska åkommor utan i till exempel cancer, stroke, psykos och äldre multisjuka patienter.

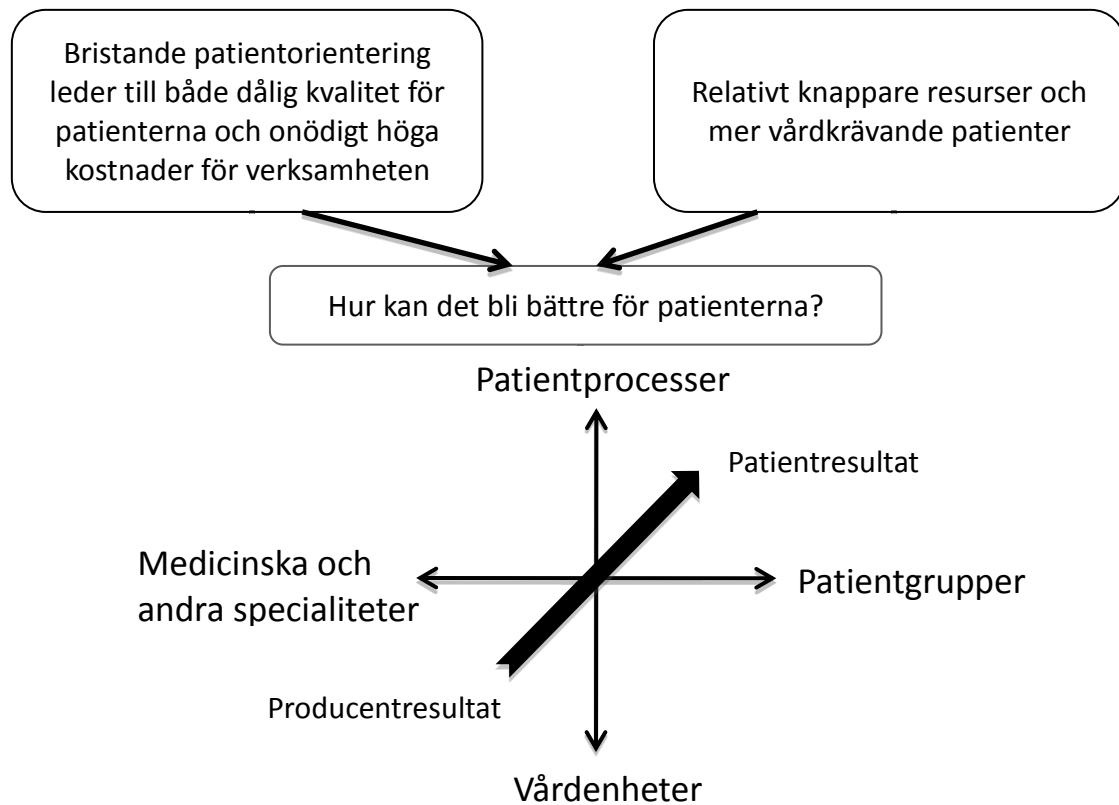
Nästa vårdssystem kommer att bättre låta sig beskrivas såsom interorganisatoriskt och horisontellt, än inomorganisatoriskt och hierarkiskt. Fokus blir på *resultat* och prestation i *hela patientprocessen*. Vi får därmed mer genomtänkta processer och flöden mellan olika vårdgivare. Resultatet kan bli att sjukhus, primärvård och hemsjukvård till stora delar kommer att behöva förändra sitt innehåll och arbetssätt i takt med att den tunga bassjukvården allt mer byggs upp utifrån patientprocesser när det gäller stroke, bröstsmärtor, hjärtsvikt, cancer, höftfrakturer etc.

I nästa vårdssystem vidgas och förstärks den *professionella självkontrollen*. Den kollegiala och professionella självkontrollen omfattar här inte bara medicinsk kvalitet utan även ekonomi, omvårdnad/omhändertagande och hälsorelaterad livskvalitet. Beslutsfattande kommer i stor utsträckning att flyttas över till processteam och balanseras av nya former för att ställa krav och följa upp. Man får för varje patientprocess inte bara ansvar för god kvalitet, utan också för hög produktivitet och kostnadseffektiva metoder. Den hierarkiska och byråkratiska kontrollapparaten kommer till stor del att ersättas av ett nytt system för professionell självkontroll. Denna utvidgade självkontroll (under ansvar) förutsätter att man fått ett tydligt politiskt mandat utifrån politikernas roll som uppdragsgivare och som ytterst ansvariga för vården och vårdens resurser. Genom dialoger med de vårdprofessionella får då politikerna en övergripande bild av hur den egna vården står sig lokalt, regionalt, nationellt och internationellt - patientgrupp för patient-grupp.

I nästa vårdssystem kommer resursfördelning i ökad utsträckning att kopplas till kvalitetsutveckling. Vi får se *avtalsformer* som utgår från ett gemensamt uppdrag till alla inblandade aktörer (t.ex. strokevård till medborgarna i X-stad).

² Egentligen utgår värdeskapandet från den enskilde patienten, det vill säga patientprocessen, och vi får alltmer tillgång till diagnos- och behandlingsmetoder som kan skräddarsys efter individen. Inte minst har kartläggning av det mänskliga genomet bidragit till detta. Ur lednings- och styrningsperspektiven har patienter med likartade patientförlopp grupperats tillsammans, men utgångspunkten måste vara individualisering utifrån den enskilde patientens behov. Kraven på sådan individualisering kommer dessutom att öka ju mer medborgaren ser hälso- och sjukvården som en servicefunktion som de kan ställa sina krav på. Ett önskvärt vårdssystem är sålunda ett där man ser individen och tar ansvar för patientgrupperna.

Alla berörda i omhändertagandet av patienter/klienter utarbetar tillsammans en strategi för att genomföra kontinuerliga resultatförbättringar, och man tar ett gemensamt ansvar för att fylla uppgiften inom en begränsad ekonomisk totalram. Eventuella överskott återgår till viss del till de inblandade finansiärerna medan en annan del, enligt förutbestämt regelverk, återgår för förbättring av patientprocessen. Detta kommer kanske att kallas ”partnerskap i processutveckling”. Utvecklingsriktningen framgår av nedanstående figur 1.



Figur 1. Patientfokuserad processutveckling

Några begrepp i ovanstående figur 1 kan kort illustreras utifrån ett scenario kring den stora och snabbt växande *patientgruppen* ”mest sjuka äldre”. Dessa behöver insatser bättre anpassade till sina behov och önskemål. Eftersom dessa vårdinsatser kräver engagemang från flera olika håll i vårdsystemet växer en ny samspelskultur fram i lokala närvårdssystem. En viktig fråga blir hur vården i vid mening kan hjälpa dessa patienter att så långt som möjligt upprätthålla sin fysiska och mentala hälsa. Uppmärksamheten flyttas då från produktion till användning, från ”produkt” till process, från transaktion till relation. *Patientgruppen* kommer att kunna identifieras med hjälp av olika metodiker som fångar sjukdomarnas allvarlighetsgrad, varaktighet och krav på vårdresurser. Det centrala *helhetsresultatet* kommer att definieras och mätas i termer av upplevd trygghet i relation till vård och omsorg, och viktiga delprocessmått kommer att utvecklas utifrån målet att minska andelen undvikbara inläggningar av patienter på sjukhus med till exempel en tredjedel. Bakgrunden till denna målsättning är

att patientgruppens omhändertagande erfarenhetsmässigt skiljer sig väsentligt åt mellan olika närvårdsområden.

Lokala processutvecklingsteam med deltagare från hela *patientprocessen* tar på sig ansvaret för cirka 50 patienter och gör journalstudier tillsammans och intervjuar patienter och vårdprofessionella ”grannar”. Teamen kommer att som ett av många förbättringsområden driva ökat antal hembesök och systematiska läkemedelsgenomgångar. Både uppdragsgivare och de lokala processutvecklingsteamerna kommer att kunna avläsa och följa upp resultat i termer av till exempel fler telefonråd och hembesök i stället för hög andel besök på akutavdelningar, kortare väntan hemma och högre kontinuitet, vilket sammantaget kommer att leda till att patienterna kommer att uppleva det som både mer möjligt och tryggare att vårdas hemma. Variationer i resultat kommer att noteras och sporra till resultatförbättringar. Men hur ska då detta gå till? Är det inte en orealistisk utopi? Det får framtiden utvisa, men scenariot är konstruerat baserat på faktiska empiriska observationer i Sverige.

1.3 FRÅN EN PRODUCENTFOKUSERAD TILL EN PATIENTFOKUSERAD VERKSAMHETSMODELL

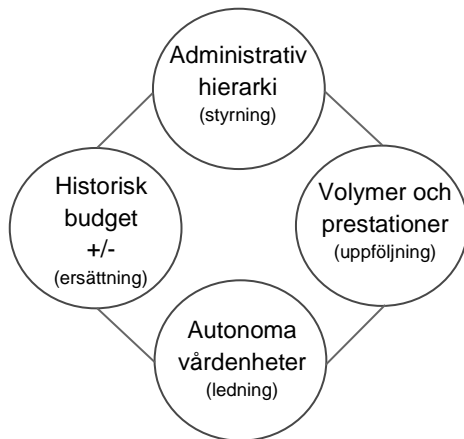
Som redan nämnts baseras all verksamhet på en, mer eller mindre artikulerad och medveten, modell, det vill säga en förenklad beskrivning av hur verksamheten skall ledas och styras, organiseras och finansieras. Frågor om verksamhetsmodeller i vårdssystem är ovanliga, och ännu sällsyntare är frågan om vad som karakteriserar *effektiva* verksamhetsmodeller.

Detta innebär bland annat att etablerade verksamhetsmodeller sällan utmanas eller ens blir explicit formulerade, och än mindre att helt nya verksamhetsmodeller konceptualiseras och blir prövade. Detta blir särskilt allvarligt när pågående strukturförändringar i vårdens yttre och inre miljö gör de etablerade och dominerande föreställningarna hos politiker, administratörer och vårdprofessionella allt mindre valida och därmed mindre effektiva. Vilka är då de dominerande tanke- och handlingsvanor som måste ”tänkas om” och ”tänkas bättre”? Och vilka krav ska vi ställa på vårdssystem som ska bli allt bättre för medborgare och patienter under de närmaste 5-10 åren?

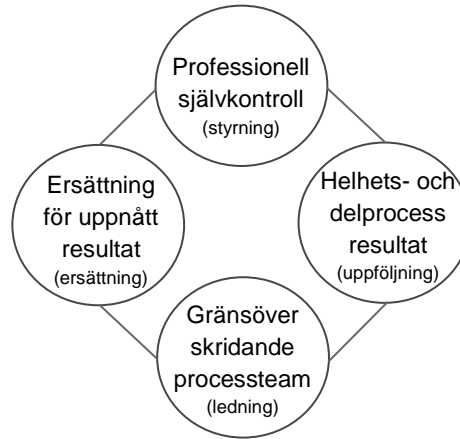
Baserat på uttolkningar av många egna empiriska studier och andras forskning är min utgångspunkt att vårdens etablerade och producentfokuserade verksamhetsmodell komprimerat kan sammanfattas med följande nyckelord: styrning via administrativ hierarki, ersättning baserad på historisk budget; ledning av autonoma vårdenheter och uppföljning av produktionsvolym.

För att ge en bild av utmaningens storlek kan det finnas en poäng i att renodlat ställa den etablerade och nya verksamhetsmodellen mot varandra, enligt följande figur 2.

Vårdens etablerade och producentfokuserade verksamhetsmodell



En ny modell för verksamhetsutveckling för prioriterade patientgrupper



Figur 2. Verksamhetsmodeller – Samverkande komponenter i en verksamhetsmodell

Det osynliga navet i den etablerade verksamhetsmodellen såsom den illustrerats i den ”fyrhjulning”, som ritats till vänster i figur 2, är ett system mer eller mindre väl samordnat av *enskilda utbudspunkter*. Vad skulle då navet i centrum av den patientfokuserade verksamhetsmodellen vara (se höger bild i figur 2)? Skall till exempel budgeten fördelas till territoriella avgränsade befolkningsgrupper? Eller till den enskilda medborgaren? Båda modellerna har diskuterats och delvis utprovats. Men i den nya verksamhetsmodellen läggs fokus på en mellannivå. Denna mellannivå är *patientgrupper* där flera vårdenheter är inblandade under relativt långa perioder och där man kan förväntas kunna åstadkomma väsentliga förbättringar för patienterna, inklusive rationaliseringsmöjligheter, just genom att samarbeta ”över gränserna”.

Det finns anledning att kort kommentera det spänningsfält som berör de olika begreppsparen i figur 2 (beskrivs utförligare i rapportens andra del, avsnitt 2.4.4) När det gäller att balansera rätt mellan *autonoma vårdenheter/gränsöverskridande processutvecklingsteam* vet vi att för en växande del av vårdens patienter räcker det inte att varje vårdenhet är effektiv var för sig. Men traditionellt vårdkedjearbete bygger ofta på antagandet att vårdgivare producerar inom sitt eget ”hank och stör” och patienter konsumerar vård, vilket inte nödvändigtvis innebär att syftet är att underlätta för patienter.

Samtidigt går allt starkare krafter mot ”den horisontella organisationen”, det vill säga processarkitekturen där olika operativa delar och team återintegreras i större autonoma och självstyrande enheter. Vi vet också att teamledarens roll i integrerade team är mycket viktig och att den på många sätt avviker från den traditionella chefsrollen i dagens verksamhetsmodell. Det handlar mer om fokus på resultat och att bygga relationer än på funktioner och specialiteter; mer om

coaching än traditionell ordergivning. Man är ansvarig för processresultaten och måste ha auktoritet när det gäller hur man organiserar arbetsprocessen och leder utvecklingsteam.

Uppföljning i den etablerade verksamhetsmodellen är i stor utsträckning enbart fokuserad på att följa upp producenternas förbrukning av ekonomiska resurser, oftast med fokus på det senaste året. Ur verksamhetssynpunkt har uppföljningen i huvudsak handlat om *hur mycket vård som producerats*, till exempel i termer av antal besök, vård dagar, operationer etc.

Huvudfokus i den nya verksamhetsmodellen ligger på att åstadkomma allt *bättre patientresultat* i meningen medicinskt, omhändertagandemässigt, inom en given ekonomisk resursram och med hälsorelaterade livskvalitetsmått (i sammanfattning kallat MOEL-resultat). Helhetsmåten måste kompletteras med vissa delprocessmått, till exempel väntetider och vårdtider vid olika vård- och rehabiliteringsenheter, medicinska resultat och mått kring av patienten upplevt omhändertagande. Helhetsmåten är härledda ur hela patientprocessen och både helhets- och delprocessmått kommer kontinuerligt att ses över och anpassas till nyvunna kunskapsnivåer.

När det gäller ekonomin handlar det om att i varje patientprocess systematiskt skilja kostnader för värdeskapande aktiviteter från icke- värdeskapande. Till de icke-värdeskapande aktiviteterna hör givetvis medicinska och rehabiliterande åtgärder som saknar relevans för den aktuella patientgruppen, för låg kvalitet som leder till behov av korrigeringar, men också bland annat omotiverade väntetider, onödig provtagning samt vissa administrativa åtgärder.

Principen om *professionell självkontroll* handlar om att engagera läkare och andra vårdprofessionella såväl på behovssidan som på produktionssidan för att öka kunskaperna om hur man hos respektive producenter och i samverkan dem emellan ska driva vården allt mer högkvalitativt och kostnadseffektivt för olika patientgrupper. Denna kontraktbaserade självkontroll hålls samman genom förhandlingar och omförhandlingar av vårdens innehåll och kvalitet i så kallade utvecklingskontrakt snarare än genom administrativa budgetprocesser. Men denna organisationsform minskar också, i takt med framväxten av ”horisontell ledningsinformation”, behovet av *samordnande administrativa ledningshierarkier*. Den informationsbaserade organisationsstrukturen blir därför allt ”plattare”.

Mot den *traditionella anslagsfinansieringen* till enskilda utbudspunkter ställs *ersättningssystem per patientgrupp* enligt formeln: X% helhetsresultat ersätts med Y kronor (se bilaga 1 för exempel på helhetsresultat).

Den nya verksamhetsmodellen kan i sin helhet ses som en syntetiserande sammanvägning av tidigare konceptuella försök, utprovningar i piloter, uttolkning av dessa och analys av nyckeldilemman (vilket beskrivs och analyseras i rapportens andra del). Modellen aktualiserar nya frågeställningar

och ställer nya krav på informationssystem och tolkningsförmåga. Modellen kan sammanfattas i fem punkter och en bild, enligt följande (i rapportens bilagor ges några instrumentella illustrationer till begreppen):

1. **Patientgrupper.** Med huvudfokus på patienter där vårdbehoven kräver insatser från olika håll, där flera behovsdimensioner griper in i varandra och där flera vårdenheter är inblandade under relativt långa perioder. Patienternas behov formuleras sålunda inte i kirurgiska, medicinska eller ortopediska åkommor utan till exempel i cancer, stroke, höftfraktur eller psykos.

Några frågeställningar att beakta vad gäller patientgruppen: Hur stor är den och hur är den sammansatt? Fångar vi med hjälp av registerdata upp hela patientgruppen? Finns det anledning att särskilja olika segment i patientgruppen?

2. **Patientresultaten** är flerdimensionella och består av medicinska resultat, omhändertagande- och omvårdnadsmässiga resultat, hälsorelaterad livskvalitet, allt inom en given ekonomisk ram. Det handlar i hög grad om patientfokuserade helhetsmått som fångar patienternas upplevelse av livskvalitet, funktionsförmåga eller återskapade funktionalitet (MOEL = Medicinsk, Omhändertagande, Ekonomi, Livskvalitet).

Några frågor: Hur ska vi definiera viktiga, mätbara och påverkbara resultatförbättringar för patientgruppen? Vilka är viktigaste evidensbaserade delprocessmått för patientgruppen? Hur står det till med kvaliteten i statistiken? Lever vi upp till de evidensbaserade kraven för patientgruppen? (se bilaga 1).

3. **Patientprocesserna** är gränsöverskridande ”från tidiga tecken på sjukdom till uppnådd bästa möjliga funktion eller lindring” och grunden för hela utvecklingsarbetet. För varje patientgrupp utgår man från önskat resultat och går sedan baklänges genom patientens väg i vården. Detta görs i syfte att öka värdeskapandet för patienter samt eliminera icke värdeskapande aktiviteter.

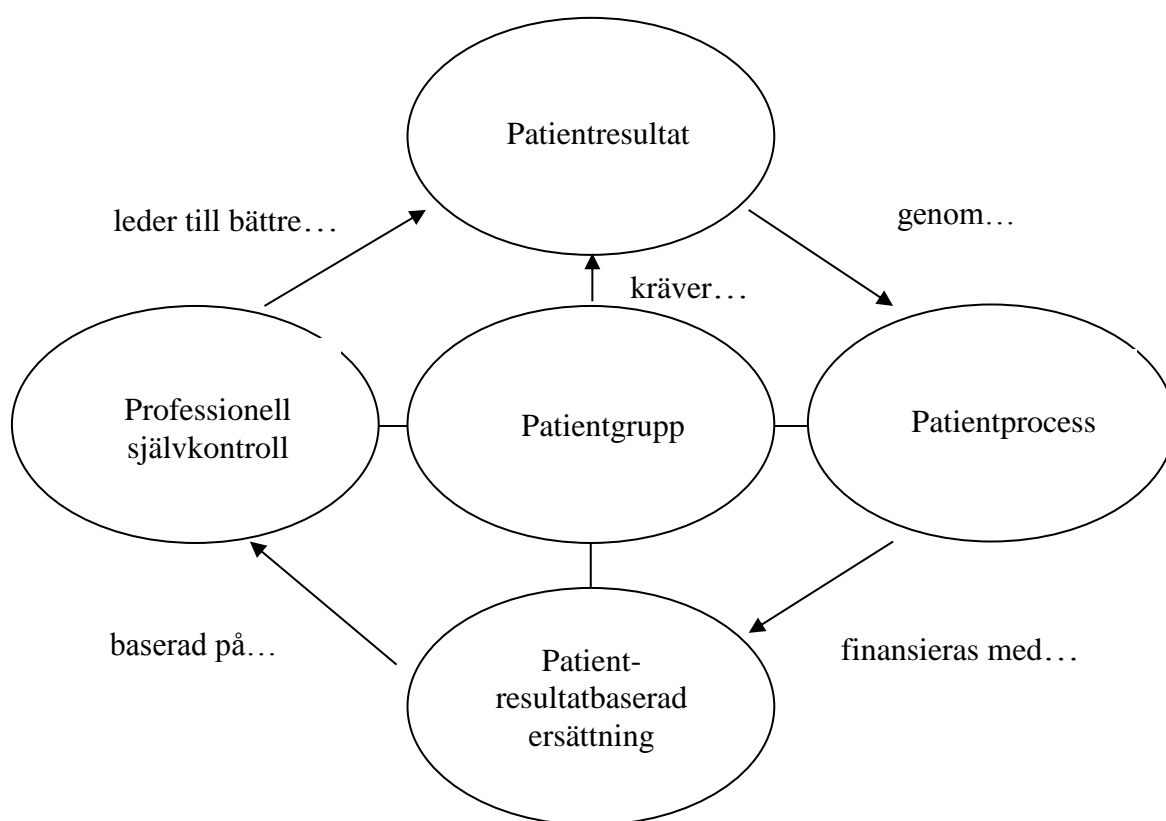
Centrala frågor är: Hur ska vi avgränsa processen ur ett patientperspektiv? Var startar den och var tar den slut? Hur ska vi kartlägga och bedöma brister i dagens process både när det gäller kvalitet och ekonomi? Termen patientprocess är sålunda det samlade uttrycket för de resurser som ska bidra till allt bättre patientresultat. Var behöver vi relativa förbättringar och var kan vi se behov av mer radikal förnyelse? Vilka resultatförbättringsområden ska vi prioritera? Vilka är de viktigaste innovationerna för patientgruppen? Hur bra är vi på att omvandla innovationer till konkreta vårderbjudanden? (se bilaga 2).

4. **Patientresultatbaserad ersättning.** Man måste konstruera ersättningssystem som flyttar fokus från att ersätta resursförbrukningen till att ersätta för uppnådda resultat.

Några väsentliga frågor är: Hur skall den önskvärda MOEL-kvalitetsnivån fastställas? Hur ska ett ersättningssystem utformas som både avspeglar alla resultatdimensioner och ger incitament till att optimera arbetet i *hela* patientprocesser? Ett första steg i denna utveckling kan vara att utifrån nuvarande kostnadsvolym och kostnadsstruktur fastställa en ersättning baserad på en önskvärd kvalitetsnivå. Den principiella formeln för strokeprocessen skulle kunna vara att X% ADL-oberoende (=”oberoende” av andra i dagliga aktiviteter) ersätts med Y kronor per patient (se bilaga 3).

5. **Professionell självkontroll** innebär i detta sammanhang att vårdprofessionella utsträcker sitt ansvarsområde från i huvudsak de rent medicinska problemen till att också innefatta kvalitetsskapande och resurshushållning i hela patientprocessen. Den professionella självkontrollen bygger här på dialoger mellan patientprocessansvariga och ett team av uppdragsansvariga, där man definierar uppdraget, blir överens om resultatdimensioner, mätningar och tolkning av utfallet (se bilaga 4).

Dynamiken i den nya verksamhetsmodellen framgår av nedanstående figur 3:



Figur 3. Möjlig verksamhetsmodell för 2010-talet?

Denna begreppsram syftar till att underlätta ett perspektivskifte (eller ge nya glasögon) där patientgrupper och patientresultat kommer i förgrunden och där de funktionella enheterna träder i bakgrunden. Perspektivskiftet innebär också att man måste titta mer horisontellt än vertikalt och även över traditionella organisatoriska och politiska gränser.

Modellen binder samman olika men besläktade aspekter i en patientfokuserad verksamhetsmodell. Modellens fulla innebörd kräver att varje grundbegrepp ses i ljuset av de andra. Men det räcker naturligtvis inte att *se* utifrån ett nytt perspektiv när det gäller verksamhetsutveckling. De nya glasögonen måste också hjälpa oss att *agera* effektivt med hjälp av nya roller, relationer, verktyg och kompetenser. Det gäller också att ha en organisationsstruktur som möjliggör och stödjer framväxten av mer kostnadseffektiva vårderbjudanden för olika patientgrupper.

1.4 HUR SKALL DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN UTVECKLAS PÅ BRED FRONT?

Här presenteras avslutningsvis två avsnitt. Det första handlar om vad som både erfarenhetsmässigt och teoretiskt inte fungerar och det andra om vad som skulle kunna fungera baserat på framför allt erfarenheter och tolkningar av misslyckanden och framgångar från många både egna och kollegers observationer (några av dessa presenteras i nästa rapportdel).

1.4.1 VAD SOM INTE FUNGERAR

Det finns fyra fällor som man bör undvika vid introduktionen av en ny verksamhetsmodell. Dessa finns delvis invävda i det redan skrivna, men det finns anledning att ändå förtydliga dessa fällor, eftersom de är så lätta att falla i, gång efter gång.

- a) **Projektsyndromet.** Redan på 60-talet deltog författaren i forskningsprojekt, där vi systematiskt undersökte sambanden mellan organisationsstruktur och innovationsförmåga. (Dessa studier genomfördes vid SIAR, *Scandinavian Institute for Administrative Research*, i slutet av 60-talet och framåt och resultatet finns bland annat avrapporterat i boken "Krävande företagsledning" [1982] och i en artikel i *Scandinavian Journal of Management* [1989].)

En grundläggande skillnad mellan mer eller mindre framgångsrikt utvecklingsarbete kunde enligt dessa studier identifieras. De företag och organisationer, där utvecklingsarbetet i första hand sågs som att hantera ett antal idéer och projekt, hade klart mindre effektivitet i sitt utvecklingsarbete än de företag och organisationer där utvecklingsarbetet var underordnat en klart förstådd verksamhetsmodell. Från dessa utgångspunkter blev det fruktbart att skilja mellan sådant utvecklingsarbete som syftar till att förstärka och vidareutveckla en etablerad verksamhetsmodell från den typ av utvecklingsarbete som syftar till att uppnå genombrott för en ny verksamhetsmodell. Poängen var att dessa olika typer av utvecklingsuppgifter behöver olika slag av kravställande, resurser och organisatoriska lösningar.

Idag finns åtskilliga exempel på den förra typen av utvecklingsarbete inom många landsting och regioner. Det kan handla om lean-projekt av olika slag, hälsovals-koncept, kunskapsstyrning, nya ekonomistyrningskoncept, bonussystem, balanserade styrkort etc. Ibland ges intrycket att ovanstående exempel handlar om innovationer och äkta förnyelse, även om det i grunden handlar om förbättringsarbete inom ramen för den etablerade verksamhetsmodellen. Det är också lätt att få intrycket av stor dynamik, men ofta avstannar både kompetensutveckling och energi i brist på uppföljningar och/eller när pengarna tar slut. Följden blir ofta ett slags projektsyndrom. Risken för ett sådant projektsyndrom finns uppenbarligen även när det gäller de som på allvar vill arbeta mot en ny verksamhetsmodell. Även här finns risken att arbetet blir i form av ett antal orelaterade och ofokuserade projekt, till exempel avseende nya ersättnings-system, utbildning i processorientering etc, utan att det hela blir insatt i ett integrativt tema (som till exempel bättre patientresultat MOEL). Den största risken med projektsyndromet är sannolikt att hela organisationens förändringskapacitet riskerar att urholkas, i en situation där gemensamt sammanhang krävs som aldrig förr.

- b) **Att introducera en ny verksamhetsmodell med hjälp av dagens linjeorganisation.** Det finns både teoretiska och praktiska stöd för att detta misslyckas. I praktiken uppstår förr eller senare spänningar när till exempel processteams förbättringsförslag kolliderar med besparingsförslag i dagens linjeorganisation. Förvaltningsledare frågar sig vad processteamen har för mandat att ”leda underifrån”. Dessa konflikter vandrar sedan uppåt i den administrativa hierarkin och förstärks ofta under vägen. På kort sikt kan naturligtvis tydliggjorda spelregler mellan ”den gamla och den nya linjen” underlätta, men på litet sikt krävs radikala åtgärder som omfördelar makt till processer som den nya linjen, samtidigt som valda delar av dagens linjeorganisation omvandlas till en stödjande infrastruktur för lokal processutveckling. Det finns åtskilliga anekdotiska data som kan illustrera ovanstående konfliktdynamik, men även i teorin finns klar evidens för att en ny verksamhetsmodell organisatoriskt måste stödjas *separat*. Låt mig nöja mig med två exempel från litteraturen, ett från 1986 och ett från 2004. Först två citat från Peter F. Druckers bok *Innovation and Entrepreneurship*:

“Entrepreneurship is neither a science nor an art. It is a practice. It has a knowledge base of course, which this book attempts to present in organized fashion. But as in all practices, medicine, for instance, or engineering, knowledge in entrepreneurship is a means to an end. Indeed, what constitutes knowledge in a practice is largely defined by the ends, that is, by the practice. Hence a book like this should be backed by long years of practice.” (sid. viii).

Senare i boken (sid. 148-149):

“...The new has to be organized separately from the old and existent. Whenever we have tried to make an existing unit to be carrier of the entrepreneurial project, we have failed. ... One reason is that the existing business always requires time and effort on the part of the people responsible for it, and deserves the priority they give it. ... Somebody in top management must have the specific assignment to work on tomorrow as an entrepreneur and innovator. ... And innovative efforts should normally report directly to this executive in charge of innovation’ rather than to managers further down the hierarchy. They should never report to line managers charged with the responsibility for ongoing operations.”

I en artikel från april 2004 i *Harvard Business Review* rapporteras av Charles A. O’Reilly III and Michael L. Tushman från en omfattande studie att:

”Established companies can develop radical innovations – and - protect their traditional business. The secret? Create organizationally distinct units that are tightly integrated at the senior executive level.” (sid. 75).

- c) **Att försöka introducera en ny verksamhetsmodell utan *aktivt* stöd från högsta ledningen.** Att det nya kräver stöd från de högsta ledningsnivåerna är en truism i nivå med föregående, det vill säga att det nya måste organiseras separat från de existerande. Men vad innebär då ett ”committat” ledarskap från högsta nivå? Låt mig utgå ifrån att det handlar om vad man *gör*. Det handlar om att tidigt och tydligt exponera sin tro på konceptet och att anpassa belöningssystem mot det nya; att skapa en ordentlig utvecklingsbudget och engagemang från legitima och effektivare förändringsagenter på alla nivåer i organisationen; att visa sitt personliga engagemang för det nya konceptet.

- d) **Periodisk omorganisering**, vilket ofta är ett substitut för djupare strategiskt tänkande, systematiska prestationsförbättringar och mer grundläggande förändring. Omorganisering kan behövas, men först efter det man beslutat om vad och hur.

1.4.2 VAD SOM SKULLE KUNNA FUNGERA – EN SUMMERING

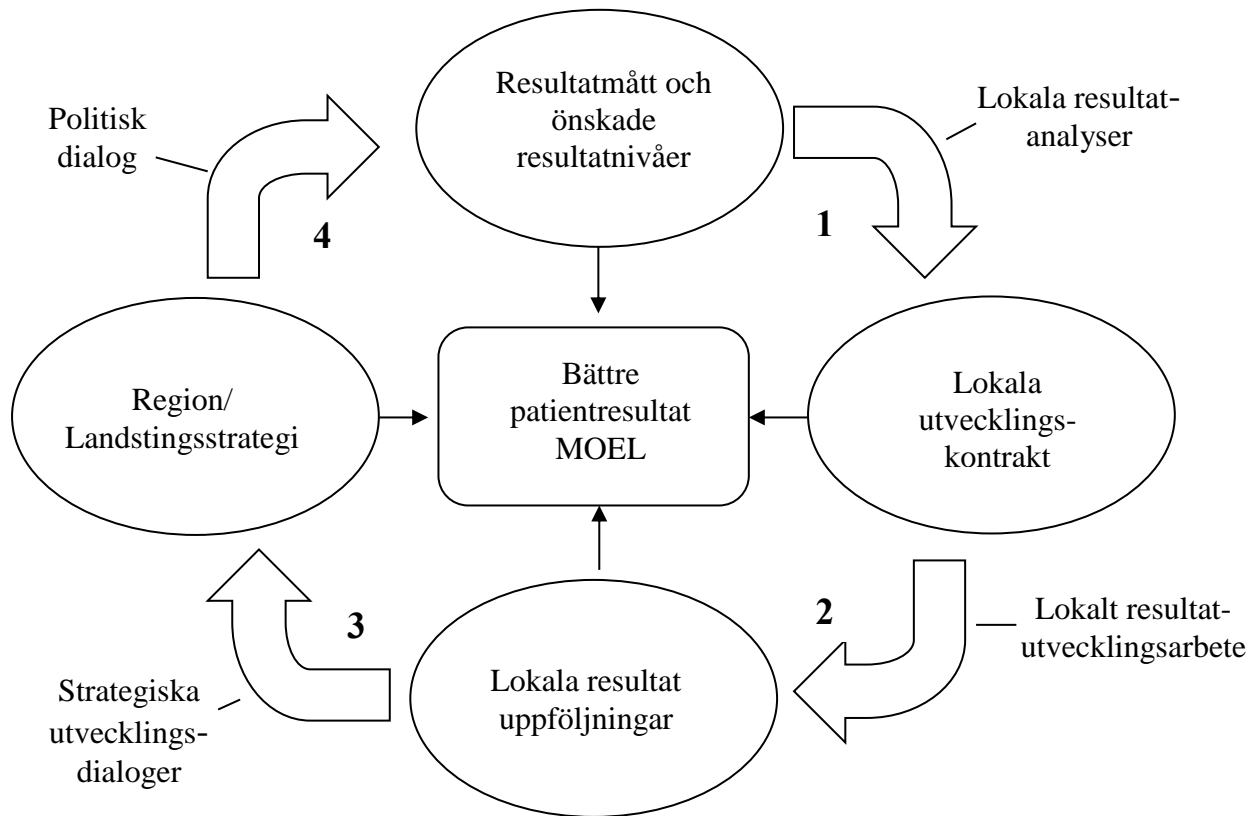
Ska förändringen ske i ett enda slag som ett slags ”Big Bang” eller i en serie smärre steg? Den övergripande förändringsstrategin handlar i praktiken om att ersätta en etablerad verksamhetsmodell med en ny och därmed på sikt bokstavligen förstöra dagens operativa fokus på enskilda utbudspunkter etc., till förmån för gränsöverskridande processutvecklingsteam.

Att hantera övergången från den etablerade till den nya blir en stor utmaning, eftersom den ”gamla” måste finnas kvar tills den nya blir stark och genomträngande nog, när det gäller utveckling av nya ledarroller, processkultur, nya sätt att ersätta, etc. Detta kräver ett ledarskap som erkänner dilemmat (i stället för att negligera eller skyla det), diskuterar det och därigenom gör det hanterbart. Implementeringen av den nya verksamhetsmodellen måste växa fram i en serie mindre steg, där vart och ett representerar ett framsteg mot ett mer patientfokuserat vårdssystem. Ett möjligt sätt att göra detta är att introducera den nya verksamhetsmodellen successivt och systematiskt via nya patientgrupper (men undvika projektsyndromet), där beroendeförhållandena mellan kommunal, primär- och sjukhusvård är starka.

Frågan blir då hur det ska gå till att återskapa verksamhetsmodellen för nya patientgrupper. Hur ska nyckelfaktorerna för framgång formuleras och kontrolleras och hur ska de konkreta instrumenten för managementsystem och tekniska stödsystem se ut? Det är naturligtvis ogörligt att i detalj precisera hur en *systematisk planeringscykel för kontinuerlig resultatutveckling* ska se ut, men följande verkar vara särskilt viktigt om vi beaktar både misstag och framgångar i hittillsvarande pilotprocesser. Utöver stroke har olika delar av den nya verksamhetsmodellen utprovats för artros/ledplastik, flera cancerprocesser och patientgruppen ”mest sjuka äldre”.

PLANERINGSCYKEL FÖR KONTINUERLIG RESULTATUTVECKLING I UTVALDA PATIENTGRUPPER

Nödvändiga framgångsfaktorer summeras först i nedanstående figur 4, vilken därefter avslutningsvis kommenteras litet utförligare.



Figur 4. Planeringscykel för kontinuerlig resultatutveckling i utvalda patientgrupper

1. Fastställande av *gemensamma resultatmätt* och *önskade resultatnivåer* per patientgrupp. Syftet med mätningar är inte i första hand att veta hur det gått, utan att skapa motivation för att åstadkomma *bättre patientresultat*; MOEL. MOEL-måtten, som är centralt kontrollerade i vårdssystemet, måste både vara objektiva, lätta att beräkna och att förstå. På sikt är det enda riktigt meningsfulla i ett modernt vårdssystem att identifiera, definiera och kontinuerligt mäta vad vårdssystem kan tillföra för värde till patienterna. Detta gäller både helhets- och delprocessmål (där de senare i möjligaste mån baseras på evidensbaserade studier).

För stroke kan kanske ADL-oberoendet efter tolv månader vara helhetsresultatet, medan direkt inläggning på strokeenhet, trombolys och rehabilitering blir viktiga delprocesser att förbättra. För de mest sjuka äldre kan till exempel trygghet i relationen till vård och omsorg bli det centrala helhetsresultatet, medan planerade hembesök och läkemedels-genomgångar blir viktiga åtgärdsområden. För cancerprocesser kan det handla om bot eller förlängd överlevnad som helhetsresultat och att korta kritiska ledtider och ge psykosocialt stöd som de viktigaste områdena för teamen att fokusera på.

Gemensamma målnivåer är viktiga både för att leva upp till kraven på likvärdig vård regionalt och för att skapa förbättringstryck. Här kan differentierade ersättningar fungera

som incitament och stöd (se bilaga 3 i rapporten) för kravställande från uppdragsgruppen/värdeskapande beställaransvariga teamet (VBA-teamet), (se bild i bilaga 4). Här måste gemensamma informations- och rapporteringssystem utvecklas för att formulera krav, som medel för god ledning och som kriterium för utvärdering av resultatmål.

Det bör betonas att resultatmålen ofta är provisoriska, ett slags arbetshypoteser där relationen mellan handling och resultat måste testas och valideras genom erfarenhet och statistiska studier. Därför inbjuder till exempel analyser av strokeprocessen till evidensbaserade studier kring relationen mellan utvalda delprocessmått och helhetsmättet.

2. Lokala analyser av gapet mellan önskade och faktiskt uppnådda mål resulterar i *utvecklingskontrakt*, vilka specificerar hur gapet ska reduceras och resultatförbättringar ska uppnås. Detta arbete sker i lokala processutvecklingsteam. Att leda dessa team handlar både om att ut- och omforma patientprocesser och att bygga team, vilket kräver ett ledarskap som mer bygger på inspiration än instruktion.

Detta kräver verktyg och institutioner med inriktning på att både åstadkomma praktisk handlingskunskap och att främja framväxten av en processkultur, en kultur som högt värderar vad som är värdefullt för patienterna. Vidare behöver man utveckla och kommunicera ”rollmodeller” samt typiska önskvärda karriärmönster och nya karriärmöjligheter i linje med den nya verksamhetsmodellen. För att åstadkomma allt detta krävs en väl tilltagen budget för träning, utbildning, kommunikation och förändringskunskap i alla teamen.

3. Resultatutvecklingsarbetet följs i och av *resultatuppföljningar* av teamen. Förbättrings- och förändringsarbete sker både lokalt och i nätverk där representanter för alla de lokala teamen träffas och utbyter erfarenheter och eventuellt börjar samarbeta mer systematiskt. Den samordnande funktionen/rollen (R-PPA) kan härvid ses som en centralt lokaliserad expert som möjliggör skalfördelar för olika patientprocesser genom kunskapsnätverk, där man kan jämföra sina resultat, initiera förändringsarbeten etc. (se bilaga 4). Denna funktion/roll med ansvar för samordning av patientprocesser placeras företrädesvis på region/landstingsnivå.

Uppföljning bör i huvudsak bygga på professionell självkontroll, både på producent- och upphandlingssidan. Det innebär att det är upp till de vårdprofessionella att både definiera mått, mäta och fånga upp hur effektivt vårdarbetet fortskrider. Då ökar sannolikheten för att uppföljningen relaterar direkt till patientresultat MOEL. Omhändertagande- och hälsorelaterad kvalitet kan bedömas bra av både lekmän och sköterskor, medan medicinska resultat kräver läkarbedömning. När det gäller kostnader är det svårt både för administratörer och politiker att i dagsläget bedöma hur läget är, eftersom dagens informationssystem och organisationsstruktur inte medger adekvata mätningar. För tjänstemän bör uppdraget bli att tillsammans med systemexperter utforma ett system för professionell självkontroll och att minimera dagens administrativa kontroll på flera nivåer.

Vidare måste uppföljningen vara tidsrelevant för att påverka styrningen. Det går till exempel inte att vänta på nationella registerdata när det gäller resultat, vilket innebär en eftersläpning på upp till ett eller ibland flera år (och det är ur ett styrperspektiv variationerna inom en region/ett landsting som är relevanta). Och för vissa fenomen är risken den omvända: man mäter ofta utan att informationen kan användas för relevant handling.

Man måste också acceptera att uppföljning krävs för både mät- och icke mätbara händelser. Det finns många betydelsefulla faktorer som framför allt kräver klokare kvalitativa bedömningar, även om det finns kvantitativa data med i bilden. Några exempel kan vara uppföljning av större förändringar, bedömningar av processteamens sätt att fungera och identifieringen av strukturella förändringar. Att identifiera innovationsförmåga i olika avseenden kräver ofta också en särpräglad god bedömningsförmåga.

4. Baserat på en analys av alla lokala utvecklingskontrakt initieras en *strategisk dialog* mellan den funktion/roll som samordnar de lokala teamens patientprocesser och VBA (se bilaga 4) för att säkerställa att den regionala strukturen för t ex strokevården är den mest adekvata, eller om den är i behov av så kallad nivåstrukturering. Resultatet av dialogen sammanfattas i en *strategisk utvecklingsplan* per patientgrupp som underställs politiker inför nästa planeringscykel.

Ovanstående kan ses som några viktiga ingredienser i en *reproduktionsformel* av verksamhetsmodellen till nya patientgrupper. Erfarenheter från varje patientgrupp föder tillbaka till reproduktionsprocessen och dess ledning för successiv förfining av verksamhetsmodellen.

Det är nödvändigt med en distinktion mellan den etablerade verksamhetsmodellens ”ledningsstruktur”, både strategiskt och operativt, och den ledningsstruktur som ska sörja för reproduktionsprocessen enligt ovanstående figur 4. Den färiska strukturen måste fungera som en ny ”moder” som kan föda nya enheter/patientgrupper.

Egentligen handlar det om två separata och parallella men integrerade transformationer med olika målsättningar. Den ena handlar om att etablera processer som den nya ”linjen”, med syfte att åstadkomma bättre patientresultat MOEL. Den andra transformationen handlar om att skapa en effektiv operativ infrastruktur till processteamerna (till exempel operations- mottagningsvårdavdelningar och laboratorietjänster). Detta ställer nya krav på nyckelaktörer i dagens organisation av liknande karaktär som vid industrins övergång från funktions- till divisionsorganisation (eller för den delen processororganisation). Koncernledningsfunktioner och centrala staber ställs också inför nya informationsbehov och inlärningsprocesser.

Del II

Verksamhetsmodell under framväxt och utprovning

KAPITEL 2

BAKGRUND, SYFTE OCH ANGREPPSSÄTT

2.1 INLEDNING

I denna andra rapportdel exponeras viktiga delar i den aktionsforskningsprocess som lett fram till den patientfokuserade verksamhetsmodell som beskrevs i förra rapportdelen. En sammanfattning av föreliggande rapportdels rubriker visar på en relativt vanlig samhällsvetenskaplig rapportstruktur enligt följande: Bakgrund, syfte och metod, teoretiska utgångspunkter och litteraturstudie, observationer från praktiken i pilotprocessprojekten, analys och tolkning, slutsatser och förslag till fortsatt forskning

2.2 NÅGRA HISTORISKA UTVECKLINGSTENDENSER I VÅRA VÅRDSYSTEM

Att patienten skall stå i centrum bejakas livligt av de flesta och många hävdar med rätta att det på sätt och vis fungerar så redan idag. Men om vi frågar oss i vilken utsträckning dessa tankar är manifesterade i nuvarande system för ledning och styrning blir svaret mer tveksamt. Dagens styrning utgår i stor utsträckning från producenternas prestationer i form av bland annat antal besök, vård dagar och operationer. Dagens effektiviseringsförsök, liksom organisationsstruktur, budgetsystem och belöningar, riktar dessutom stor uppmärksamhet på funktionella enheter såsom till exempel kliniker, mottagningar, vårdavdelningar, kommunala vårdboenden, sjukvård i hemmet. Traditionell förbättring av vården utgår oftast ifrån insatser inom den egna enheten, vilket innebär att man beskriver och förbättrar sin del av vårdkedjan utifrån den egna enhetens perspektiv och därmed utifrån ett producentperspektiv. Att man i vårdsystemen är medvetna om dessa problem framgår bland annat av att man har gett det en egen beteckning: NAP, vilket utläses *Någon Annans Patient*.

Den tilltagande subspecialiseringen gör att allt fler läkare måste samlas kring enskilda patienter och sjukdomstillstånd och en stor och ökande del av sjukvården avser äldre människor med vårdbehov som kräver insatser från många olika håll. Många har dessutom flera sjukdomar och funktionsnedsättningar och många är också fysiskt och psykiskt så sköra att de inte klara sig själva direkt efter en genomförd planerad operation, eller efter behandling för en akut sjukdom (se t ex Rundgren och Dehlin 2004). Ibland saknar patienten också de sociala och materiella resurser som behövs i en sådan situation. När det gäller dessa växande delar av sjukvårdens patienter, räcker det inte att varje vårdenhet är effektiv var för sig. Processeffektivitet är minst lika viktig; mellan

primärvården och kliniken, mellan distriktssköterskor och sjukgymnaster, mellan särskilda boenden och social hemtjänst (se t ex Johansson och Pettersson 2003 och 2004).

Samtidigt innebär ökande patientmakt och valfrihet att fler individer allt oftare är aktiva medverkare i systemet, och inte passiva mottagare av dess tjänster. Mångfalden och komplexiteten hos individerna växer, man kräver inflytande över och respekt för sin tid och sin egenart. Människor ser på vård som de ser på annan service. Detta medför att de själva vill välja och även vara informerade och delaktiga. De vet att kunskap är en förutsättning för att kunna ställa ökade krav och vara jämbördig med läkaren och systemet. Allt fler patienter med manifesta och framför allt kroniska problem, och äldre människor, har börjat organisera sig i olika rörelser, påtryckargrupper, självhjälpsgrupper och internetgemenskaper (se till exempel Karlsson 2006 respektive Nordén 2008).

Dessa utvecklingstendenser visar att viktiga aspekter av dagens styrning, ledning och organisation i vårdsystemen rimmar allt sämre med framväxande behov och önskemål från allt större patientgrupper. Mot denna bakgrund blir följande typer av frågor allt viktigare: Hur skall vi förbättra vårdkvalitet och resultat för patienterna? Hur skall vi bäst hantera bristen på kontinuitet för patienter, när denna är verkligt viktig? Hur skall vi förbättra samordningen mellan olika vårdenheter och vårdprofessioner?

Växande och delvis nya vårdbehov, och den snabba framväxten av nya teknologier, ställer stora krav på vårdsystemens anpassnings- och förnyelseförmåga. Då räcker det inte med budget- eller avtalsdialoger mellan i huvudsak administratörer på båda sidor av bordet som bedömer och påverkar effektivitet utifrån ganska enkla ”produktionsmål”. Vare sig traditionell anslags/uppdragsfinansiering eller traditionella beställare-/utförarmodeller har visat sig vara tillräckliga för att bidra till att hålla kvaliteten uppe eller kostnaderna nere. Båda modellerna har stora likheter vad avser budget eller avtal med ett ekonomiskt/administrativt innehåll, som ofta mer har handlat om pengar än vårdens former och innehåll.

Hur ser då alternativet ut? Hur ska patientresultat definieras och hur ska patientprocessen avgränsas? Går det att koppla ihop ersättning med uppnådda resultat? Kan man få de vårdprofessionella att utsträcka sitt ansvarsområde från i huvudsak de rent medicinska problemen, till att också innefatta kvalitetsskapande och resurshushållning i hela patientprocesser?

2.3 ANDRA RAPPORTDELENS SYFTE OCH METOD

2.3.1 SYFTE

Huvudsyftet i denna rapportdel är att beskriva bakgrunden till och framväxten av den patientfokuserade verksamhetsmodell som presenterade i rapportens första del. Rapportens andra del syftar också till att öka förståelsen för de

dilemman som aktualiseras vid omställningen från dagens etablerade och producentfokuserade verksamhetsmodell till en ny och mer patientfokuserad.

2.3.2 METODOLOGISKT PERSPEKTIV OCH METODVAL

Det finns många exempel på organisationer som inte genomför nödvändiga förändringar, trots att mycket pekar på att en anpassning till förändrade inre eller yttre omständigheter förefaller både motiverade och nödvändiga. Denna övergripande problembild har jag som organisationsteoretiker och aktionsforskare arbetat i 30 år med. Mer precist har jag ägnat mig åt frågor som: Vad är det för organisatoriska villkor som stödjer förändring? Vilka är de faktorer som blockerar förnyelse och organisatorisk inlärning?

Den här avrapporterade studien har sina metodologiska rötter i en aktörsorienterad aktionsforskningstradition. Med detta avses dels att det empiriska materialet insamlats i samband med att jag som aktionsforskare i nära samarbete med praktiker sökt förstå och hantera grundläggande förändringsproblem och möjligheter (aktionsforskning). Ansatsen innebär också att detta material underkastats en analys där grundprincipen varit att förstå den studerade organisationen (i detta fall vårdssystem) och det samhälle i vilken den ingår som ett system av aktörer (i detta fall patienter och professionella, politiker och administratörer). Analyser och tolkningar syftar till att förstå sådana mekanismer som kan försena eller påskynda skeendet och vidare påverka resultatets riktning och kvalitet.

Som aktionsforskare är jag varken intresserad av att utveckla generaliserbara hypoteser som kan bevisas, eller åtminstone stödjas av ett stort antal fall (det positivistiska alternativet), eller att förutsättningslöst pröva så många tolkningar som möjligt av empiriska situationer (det hermeneutiska perspektivet). Ambitionen är snarare att utveckla en begreppsram som gör det möjligt att beskriva enskilda fall (vårdssystem), så att aktörerna kan hantera sin situation mer effektivt (mitt kliniska perspektiv). Det innebär att jag med hjälp av olika kombinationer av systemsynsätt, idealtyper och andra mer konkreta metoder successivt har utprovat nya ”glasögon”, varigenom aktörer kan betrakta den situation de konfronteras med.

Med klinisk teori avses här en sammanhängande begreppsapparat, som successivt vuxit fram ur ett rikhaltigt erfarenhetsmaterial bestående av i första hand djupgående och jämförande fallstudier men även longitudinella konsultstudier. Denna begreppsram måste, för att bli livskraftig, hjälpa aktörerna att tolka situationen, upptäcka risker och möjligheter och agera därefter. Denna typ av begreppsutveckling utgör i grunden ett svar på aktionsforskarens dilemma: Hur skall vi inför ett aktuellt fall systematiskt kunna utnyttja erfarenheter och kunskaper från tidigare fall, utan att förfalla till alltför enkla och ytliga generaliseringar?

Mina metodval i denna studie hänger alla samman med behovet av instrument för att upptäcka, förstå och i någon mån hantera något framväxande och nytt.

Fyra huvudsakliga metoder har använts: a) scenariobaserade analyser för att skapa ett tankeexperiment av hur en ny modell skulle kunna se ut; b) historisk analys för att med hjälp av scenariot som sökljus bakåt bättre förstå hur historiska erfarenheter och tolkningar av tidigare styrmodeller kan utnyttjas; c) pilotstudier för att prova ut tankeexperimentet i liten skala i praktiken; d) en dilemmaanalys för att öka förståelsen av spänningsfältet mellan förändrings- och stabiliserande motkrafter vid övergången till en ny verksamhetsmodell. Här ges en kort beskrivning av hur dessa metoder utnyttjats, tillämpats och presenteras i denna rapport.

SCENARIER

2004 bjöd en dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektör och undertecknad in ett tjugotal vårdprofessionella som visat intresse för ”patientfokuserade processer” till ett antal ”professionella utvecklingssamtal”. Detta kan ses som startpunkten för ett aktionsforskningsprojekt som pågått mellan 2004-2012 med varierande intensitet.

Bakgrunden var att flera engagerade vårdprofessionella börjat misströsta kring hur allt det engagemang som lagts ner i tidigare utvecklingsarbeten skulle kunna bära frukt inför framtiden. Min - delvis självpåtagna - uppgift var att tillsammans med dessa utveckla en begreppsram som skulle kunna utnyttjas i ett ”styrsystem” som skulle kunna leda mot en patientfokuserad vårdvision. I korthet presenterades först några kontextuella scenarier om vad som skulle kunna karakterisera ett patient- och processfokuserat vårdsystem och därefter några strategiska scenarier kring hur vårdprofessionella skulle kunna samspela i dialoger om verksamhetsutveckling. Arbetet avslutades med att sådana dialoger simulerades kring några olika patientgrupper.

Resultatet av de kontextuella scenarierna presenteras i rapportens del 1 (avsnitt 1.2) medan resultatet från strategiska scenarioövningar utgörs av den nya verksamhetsmodellen som även den presenteras i del 1 (avsnitt 1.3).

HISTORISK ANALYS

Den historiska analysen bygger på reflektioner kring tidigare erfarenheter av styr-, lednings- och verksamhetsmodeller. Reflektionerna tar sin utgångspunkt i vad som fungerat mer eller mindre bra, och vilka lärdomar som kan dras givet kunskapen om det historiska sammanhang ur vilka modellerna utvecklats. Utvecklingen av en ny verksamhetsmodell kan därför ses som ett led i en pågående process där kunskap samlas in, utvecklas och påverkar tänkandet. I bilaga 5 ges en grovt schematiserad bild av några sådana modeller, som på olika sätt ”förebådat” den nya verksamhetsmodellen.

PILOTPROJEKT

Resultatet av ovan nämnda utvecklingssamtal bedömdes som så livskraftiga att sjukvårdsledningen beslutade om ett antal pilotprocesser: strokeprocesser på tre

ställen och höftplastikprocesser på två. Syftet var att utprova nya styr- och ledningskoncept i *liten* skala. Förhoppningen var inte bara att minska förändringsrisker genom tidig upptäckt av oförutsedda problem och möjligheter, och hur dessa kan hanteras, utan även att erhålla insikter om var och hur ett nytt styrkoncept skulle kunna introduceras i större skala. Detta pilotprojekt genomfördes i sin första fas 2004-2005 och gick till så att vårdprofessionella från de tre ingående parterna (sjukhus, primärvård och kommun) utgjorde lokala processutvecklingsteam³ (ansvariga för att utveckla den gemensamma patientprocessen).

Teamen beskrev utifrån ett patientperspektiv och följde upp sin nuvarande process. En regionövergripande grupp bestående av fyra vårdprofessionella från sjukhus, primärvård och kommunal vård och omsorg (uppdragsgruppen för patientprocesser) coachade och utmanade teamen för att bland annat hitta patientfokuserade helhetsmått att följa upp patientresultat mot och för att åstadkomma förbättringar i de lokala patientprocesserna. Detta skedde i ett antal dialoger mellan uppdragsgruppen och vart och ett av de lokala teamen. Dialogerna ledde så småningom fram till utvecklingskontrakt, där man blev överens om vad som var det bästa resultatet inom området, var man själv befann sig och hur långt man var beredd att gå det närmaste året, när det gäller att förbättra sina resultat mot överenskomna mål.

Under 2008 utvidgades pilotarbetet kring stroke och omfattade då all verksamhet i Skåne. I piloterna användes feedbackanalys som grundmetod för inläring. Detta är en enkel men effektiv metod när det gäller att identifiera styrkor och svagheter i nya styrkoncept. Som aktionsforskare skrev jag ned vad som förväntades hända och sedan gavs återföring, i olika intervall för olika fenomen, tillbaka från resultaten till förväntningarna (jämför Drucker, 1999). Här var det också viktigt att mobilisera alla deltagare så att de bidrog till observationer, tolkningar och lärdomar under piloternas gång. Detta skedde på flera olika sätt. Jag närvarade som observatör vid alla processdialoger och det gavs både skriftlig och muntlig återföring, från både lokala och centrala teamledare, löpande under piloternas gång. Vidare filmades några nyckeldialoger och slutligen ordnades gemensamma träffar med informationsutbyten ett flertal gånger⁴.

³ I de flesta organisationer pågår, och måste ständigt pågå, operativa aktiviteter, utvecklingsaktiviteter och ledningsaktiviteter (även om det ibland kan vara svårt att tydligt särskilja dessa olika typer av aktiviteter från varandra) och i analogi med detta kallas här pilotteamen för processutvecklingsteam, vilka just har till uppgift att ut- och omforma patientprocesser och bygga team. De lokala operativa team som ska bygga vidare på utvecklingsarbetet kallas patientprocess-team. Alla typer av team har ledare men även renodlade ledningsaktiviteter och ledningsarbete kan ske som team och de kallas då ledningsteam.

⁴ Utöver den litteratur som anges i referenslistan har bland annat följande uppföljnings- och utvärderingsrapporter spridits och diskuterats internt: Kan man styra med vårdlogiker (2005), Piloter för allt bättre patientresultat- hur har vi tänkt och vad har vi lärt (2007), Ett nytt styrsystem för sjukvården i Skåne (2008), Introduktion av en ny verksamhetsmodell för prioriterade patientgrupper - erfarenheter, tolkningar och normativa idéer (2010).

Generellt sett har min roll i utvecklingsprocessen sträckt sig från den rena observerande forskarrollen till ett aktivt samarbete för att skapa nya sociala instrument, både när det gällde att arbeta, leda och styra inom ramen för en ny verksamhetsmodell. De citat som återfinns i texten baseras på utförliga protokoll och minnesanteckningar med tonvikt på att återberätta händelser och diskussioner utan uttolkning. Resultatet av pilotprojektet beskrivs i det empiriska avsnittet i rapportens del 2 (se kapitel 3).

ANALYS AV NYCKELDILEMMAN

Dilemmaanalysen har utnyttjats på flera olika sätt i denna rapport. Den har varit ett instrument för att organisera det empiriska materialet. Vidare har den varit viktig för att tydliggöra olika aspekter i två verksamhetsmodeller. Slutligen har den varit ett instrument för att bättre förstå hur man kan balansera mellan olika poler i hanteringen av dilemman.

För att göra diskussionen om dilemmaanalys mer precis, finns det anledning att skilja mellan dilemman och problem (Kylhammar, 2010), mer bestämt mellan lösbara *problem* och *dilemman* där dilemman inte kan avskaffas, utan bara hanteras bättre eller sämre. Enklaste sättet att få fram skillnaden kan uttryckas så här: För att lösa problem är det tillräckligt att ändra ett delement eller en del av en helhet men för att hantera ett dilemma måste man låta hela systemet genomgå en kvalitativ förändring. Problemlösning kan betraktas som ett försök att undvika just detta genom att angripa problemen inom den etablerade ramen. Det är i detta perspektiv som dilemmaanalysen utnyttjas för att ställa nyckeldimensioner emot varandra, i både den etablerade och den potentiellt nya verksamhetsmodellen.

Det gemensamma för alla de metoder som beskrivits ovan är att de utvecklats i nära samarbete med kliniker från läkarprofessionen och andra vårdprofessionella grupper. Detta sker utifrån den grundläggande värderingen att det enda möjliga i försök att effektivt förändra styrning och ledning i vårdsystem är att utgå från vårdprofessionernas kultur. Detta görs företrädesvis genom att arbeta med och inom den, bygga på dess styrkor, utforma en strategi som ligger i linje med den professionella kulturen och utnyttja kloka professionella seniorer i förändringsarbetet.

2.4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

2.4.1 TRE BEGREPPSFÄRER I FOKUS

De teoretiska problem som här angrips faller, i termer av företagsekonomins deldiscipliner, inom områden som styrning och ledning, ekonomistyrning, strategi och organisation, med sjukvården som tillämpningsområde. Inom företagsekonomisk forskning och annan samhällsvetenskaplig forskning går det att i grova termer särskilja två teoritraditioner när det gäller synen på ledarskap, planering och förändring.

Å ena sidan finns den rationella traditionen som karakteriseras av att man börjar med att uppställa mål, därefter göra en plan och sedan genomföra den (jämför Rhenman, 1975). Detta synsätt passar dock inte särskilt bra då kunskapsläget är osäkert och/eller då målen inte är självklara. Den andra teoritraditionen kan kallas ”processuell”, då den har fokus på sociala processer, inläring och emergens (jämför Normann, 2001).

Min egen utgångspunkt är att se vårdsystem som sociala system som både möjliggör och kan stimulera till inläring, men där det också finns blockeringar för inläring. I arbetet med att utveckla en teoretisk referensram har därför försök gjorts att sammansmälta tre begreppsfärer för att bättre förstå krav och villkor för en övergång till ett mer patientfokuserat vårdsystem. De intellektuella instrumenten är begreppen *organisatorisk inläring*, *nyckeldilemman* och *verksamhetsmodell*. I detta sammanhang är nyckelbegreppen situationsanpassat definierade och beskrivna, men de har sina rötter i tidigare artiklar och böcker, t ex Lind och Rhenman (1989), Lind och Hellström (1996) och Lind (2006).

2.4.2 UTVECKLING SOM EN ORGANISATORISK INLÄRNINGSPROCESS

Ovan nämndes att den rationella teorin för ledning och planering utgår från att man börjar med att uppställa mål, därefter gör en plan och sedan genomför den. Det är troligt att den etablerade verksamhetsmodellen kan ha utvecklats på detta sätt i en situation som var mer välstrukturerad, och mindre komplex än dagens. Modellen byggdes upp vid en tid då utbredda folksjukdomar var rätt tydligt identifierade och definierade. Det var också en tid då den medicinska kunskapen och den tillgängliga teknologin, samt de relativt givna (och generösa) finansiella ramarna, allt ganska entydigt pekade på hur systemet borde utformas. Emellertid, övergången till en ny verksamhetsmodell i dag kan sannolikt mer fruktbart beskrivas som en organisatorisk inlärningsprocess. Vad innebär då detta?

I empiriska undersökningar har det visat sig, att i föränderliga miljöer kännetecknas de framgångsrika organisationerna inte i första hand av kortsiktig effektivitet, det vill säga ett högt värde på någon slags kvot mellan output och input. Snarare handlar det om en hög anpassningsförmåga, vilket bland annat innebär förmåga att ändra inriktning. En utförligare beskrivning av denna organisations-teoretiska utgångspunkt finns bland annat i Lind och Rhenman (1989) och Lind och Hellström (1996).

Med ett sådant betraktelsesätt kan man ofta värdera vissa typer av insatser högt, även om de till synes varit helt misslyckade. En förutsättning är dock att de leder till vad man skulle kunna kalla ”inläring” i organisationen. Inläring innebär att förvärva någon slags adekvat förståelse av den yttre miljön och även av det egna systemet.

Att se på och bedöma omprövnings- och förnyelsearbetet inom vårdsystem som en organisatorisk inlärningsprocess handlar sålunda om att upptäcka omvärldsförändringar, uttolka deras innebörd, förstå implikationerna för organisationerna,

omsätta initiativ till interna förändringar, pröva och uttolka resultatet av dessa och modifiera eller förstärka dessa förändringar. Brister i den organisatoriska inläringen är ett relativt begrepp och innebär i grunden att inläringen inte sker tillräckligt snabbt, eller är rätt fokuserad i förhållande till omvärldens krav.

Den enklaste formen av inläring är anpassning och korrektion inom en given verksamhetsmodell. Denna typ av inläring kallar Argyris och Schön ”Single Loop Learning” (1978). Denna typ av anpassning har under de senaste åren karakteriserat många svenska vårdssystem, vilket bland annat tagit sig uttryck i tillämpning av industrikoncept som till exempel Lean. Sådan inläring kräver inte förändring av verksamhetsmodellen, bara en anpassning av existerande parametrars värde. Detta kan leda till högre inre effektivitet.

Utvecklingen av en ny verksamhetsmodell kräver en andra nivå av inläring, som utnyttjar sig av positiva feedbackmekanismer och ifrågasätter själva parametrarna genom vilket systemet arbetar. Argyris och Schön kallar detta ”Double Loop Learning”. Denna typ av inläring är mycket mer dramatisk. Detta eftersom den inte bara implicerar anpassningar inom en existerande verksamhetsmodell, utan i stället ifrågasätter själva verksamhetsmodellen, såsom den har institutionaliserats i språk och struktur i ett socialt system. Då krävs en ny mental referensram, ny struktur, nya maktrelationer, nya vård-erbjudanden, nya allianser och andra strukturella kopplingar.

I detta perspektiv blir den på sikt viktigaste processen, i varje organisation, ledningens förmåga att tolka omgivningens villkor och krav, översätta dessa till nya bärande värderingar och verksamhetsprinciper och sedan manifesteras dessa värderingar och principer i konkreta förhållanden såsom i organisation, styrsystem, nya kompetenser, nya intressentkonstellationer.

Men eftersom den etablerade verksamhetsmodellen har stöd i maktstruktur och givna intressentkonstellationer innebär varje förändring både intellektuella omvärderingar och förändringar i maktrelationer. Sammantaget kan detta kännas som ett starkt hot mot såväl organisationens som dess medlemmars historiska identitet och existentiella trygghetskänsla. Utvecklingen av en ny verksamhetsmodell innebär att själva systemets struktur och dess funktion förändras. Detta kräver såväl ett förändrat tänkande (och därmed nya ord och nytt ”språk”), som förändringar av maktförhållanden, nya kompetenser (och övergivande av gamla) samt omstrukturering. (se Levin och Normann, 2000). När man utvecklat förmågan att inte bara byta verksamhetsmodell en gång, utan även byta när det behövs i framtiden, kan vi tala om en tredje nivå av inläring.

2.4.3 OM ATT HANTERA NYCKELDILEMMAN

I spänningsfältet mellan den etablerade och nya verksamhetsmodellen finns ett antal krafter inbyggda, vilka tenderar att dra vårdssystemet åt olika håll. Erfarenhetsmässigt måste sådana nyckeldilemman alltid hanteras på något sätt för att ett vårdssystem skall undgå att komma på drift eller slitas sönder mellan alternativ

och förlora sin identitet. Sådan identitetslöshet blir nästan alltid följden av att nyckeldilemman inte erkänns och behandlas. Däremot finns det inget klart recept för hur nyckeldilemman skall hanteras. Tre principiella typer av framgångsrikt hanterande av nyckeldilemman kan identifieras:

- 1) Man fattar ett beslut och gör ett klart ställningstagande till förmån för ett av de alternativ som står till buds. En förutsättning är att detta alternativ verkligen är livskraftigt och att man kan få fullständig intern uppslutning. Förändringsstrategin kan här jämföras med övergången från vänster- till högertrafik.
- 2) Man lyckas åstadkomma en innovation som i logisk mening transcenderar dilemman, i meningen att man skapar ett alternativ som går utöver de alternativ som stod till buds i en överlägsen syn. En förutsättning för framgång är naturligtvis att "det nya alternativet" är bärkraftigt, har genuint innehåll och inte bara är ord. Det förutsätter också att det får synnerligen konkreta effekter på strukturen och sättet att arbeta. Erfarenheten säger att sådana alternativ tar lång tid att föda fram.

En illustration kunde vara den nya verksamhetsmodellens försök att både utgå från helhetsresultat för patientgrupper och delprocesser baserade på evidens. Det kan ses som ett försök att förena det bästa av *Mayo-klinikens* starka och genomgripande kultur av "patienten kommer först" med *Intermountain Healthcare*, som har världsrykte för sin kultur rörande "evidence-based medicine".

- 3) Man erkänner att systemet befinner sig i ett nyckeldilemma och att man för närvarande inte kan välja. Man erkänner också att man för närvarande inte har något annat alternativ, utan att man måste leva med dilemman under en tid. Man skapar förankring för dessa erkännanden. Samtidigt arbetar man aktivt med dilemman (i stället för att leva passivt med det). Så småningom brukar någon lösning växa fram. Den övergång från en producentfokuserad till en patientfokuserad verksamhetsmodell, som diskuteras i denna rapport, kan i flera avseenden illustrera denna hantering av dilemman.

Alla dessa tre principiella typer av framgångsrikt hanterande av nyckeldilemman förefaller överlägsna de båda dåliga alternativen: att inte erkänna dilemman eller att på lösa boliner fatta prematura beslut.

Den teoretiska bakgrunden kan sammanfattas på följande sätt. Utvecklingshypotesen är att det är fruktbart att se på utvecklingen av en ny *verksamhetsmodell* som en *organisatorisk inlärningsprocess* av typen "double loop learning". Denna karakteriseras av att man inte anpassar sig inom ramen för en etablerad verksamhetsmodell, utan ifrågasätter den modellen såsom den institutionaliserats i språk och social struktur. I stället utvecklas en ny mental referensram, ny struktur, nya kompetenser och maktstrukturer med mera, som är bättre anpassade till strukturella förändringstendenser i omvärlden och vårdprofessionellas behov och önskemål. Eftersom den etablerade verksamhetsmodellen ofta har starkt stöd i den existerande maktstrukturen, ställer detta krav på identifiering av *nyckeldilemman* vilka måste hanteras i en omställningsprocess mot en ny verksamhetsmodell.

2.4.4 FRÅN PRODUCENTFOKUSERAD TILL EN PATIENTFOKUSERAD VERKSAMHETSMODELL

Begränsas synfältet till de enskilda komponenterna i figur 2 (del 1, avsnitt 1.3), där de olika verksamhetsmodellerna ställs emot varandra, finns mycket forskning inom de åtta komponenterna. Med hänsyn till syftet kommer jag här dock att i en litteraturöversikt snäva in min fokus på sådan litteratur som berör spänningsfältet mellan de olika begreppsparen i figur 2: autonoma vårdenheter/gränsöverskridande processteam, administrativ hierarki/professionell självkontroll, uppföljning av volymer och prestationer/uppföljning av helhets- och delprocessresultat samt ersättning enligt historisk budget/ersättning för uppnått resultat.

När det gäller spänningsfältet mellan *historisk budget* enligt traditionell anslagsstyrning kontra *resultatstyrning* finns en hel del forskning kring och utprovning av alternativ till traditionell anslagsstyrning (Berlin, 2006; Lindberg och Blomgren, 2009). Dels finns en uppsättning metoder som fokuserar på åtstrammingsmekanismer, till exempel i form av ersättning per prestation, prispress genom kostnadsjämförelser med alternativ, tydliga kravspecifikationer, belöningar och bestraffningar. Exempel kan vara rationaliseringsbudgetering, standardkostnadsjämförelser, resultatstyrning och intraprenader samt köp av tjänster. Den andra uppsättningen av metoder handlar om en mer beställarutförarorienterad tillämpning och fokuserar på mekanismer för effektivare inläring, till exempel genom en mer användarnära utvärdering, utveckling av beställare med kunskap och visioner. Exempel kan här vara behovsbaserad anslagsfinansiering, konkurrens i upphandlingen och vidare vouchers, avknoppning och anbuds konkurrens (se Lind och Teurneau, 1993).

Det kan dessutom påpekas att kapitationskoncept, både på befolknings- och individnivå, har föreslagits som ersättningsmodell inom svensk sjukvård utan att något landsting på allvar prövat detta. Vidare kan betonas att när det finns behov av sammanhållna patientprocesser, blir ersättning per enskild prestation, inklusive bonusar, alltid en potentiell störning. Vill man underlätta en omfördelning av resurser för att uppnå ett bättre helhetsresultat krävs sannolikt processorienterade ersättningssystem på patientgruppsnivå.

Spänningsfältet mellan *administrativ hierarki* och *professionell självkontroll* kan delvis illustreras med vad som sägs i boken *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård* (Hallin och Siverbo, 2003:193):

”Ett intryck från studierna är att marknadsreformerna tillkommit genom ledningsinitiativ. Det är ledande personer från de politiska och administrativa domänerna som fört fram idéerna. Riktningen på förändringarna är uppifrån och ned. Kanske är det en bidragande orsak till att de professionella inte accepterat styrningen.”

I en utvärdering av den så kallade ”Stockholmsmodellen” från 1995 illustreras spänningsfältet på en annan nivå (se till exempel SIAR Bossard 1995):

”Det är tveksamt om man ännu hittat rätt nivå för avtalsdialogen mellan sjukvårdsområden och sjukhus. Den förs fortfarande i hög grad mellan administratörer på ömse sidor – inte mellan de chefer på basnivån som står närmast vården – och tycks handla mer om pengar än om vårdens former.”

Anell (2004) menar att hälso- och sjukvårdens struktur och resursfördelning i huvudsak bestäms av den medicinska professionens utveckling, medan politiska och administrativa interventioner i förhållandevis liten utsträckning påverkat verksamhetens inriktning. Hallin och Siverbo (2003) betonar behovet av att inte, trots delvis nedslående erfarenheter, ge upp politiska och administrativa styrambitioner. Man betonar dock att detta bör baseras på förtroendefulla relationer med professionerna. Men den spännande frågan som hänger kvar är *hur* man skall kombinera politiska och administrativa styrambitioner, så att man upprätthåller/utvecklar förtroendefulla relationer med professionen.

Några forskare ser i detta spänningsfält ett uttryck för att New Public Management (NPM) utmanar den professionella diskretionen (Ulfsson, 2012). Evetts (2009) särskiljer här mellan den yrkesprofessionella och den organisationsprofessionella idealtypen, där professionell etik övervakas av professionella organisationer och föreningar i den förra, medan den organisationsprofessionella kontrolleras av revisorer och externa aktörer.

Twaddle vidgar och problematiserar frågeställningen ytterligare, när han säger att:

”Those using rhetoric of efficiency tend to favor market solutions. Those focusing on equity favor democratic control of the system. Those focusing on effectiveness favor professional control of the system.” (Twaddle 2002, sid. 5-6).

Men som så ofta lämnas även här en allt viktigare intressentgrupp ute från resonemanget, nämligen patienterna och de som vill (för)bli friska. Hur skall man fånga upp vad de prioriterar?

Att balansera rätt mellan *autonoma vårdenheter* och *processteam* är ytterligare en svårighet att hantera. När det gäller en växande del av sjukvårdens patienter, räcker det inte att varje vårdenhet är effektiv var för sig. Men traditionellt processarbete bygger ofta på antagandet att vårdgivare producerar inom sina egna enheter och patienter konsumerar vård. Ofta har det handlat om att effektivisera och rationalisera verksamheten, vilket inte nödvändigtvis betyder att processer förändras för att underlätta för patienterna. Detta dilemma har på ett mer generellt plan diskuterats av Hammer (1997). Hammer hävdar att processfilosofin i organisationernas värld kan beskrivas som en ”återupptäckt” och återintegration av enskilda arbetsuppgifter i deras processuella sammanhang. Detta har i många företag och organisationer gått förlorat genom att man i

industrisamhället styckade upp verksamheten i enskilda arbetsuppgifter på ett överdrivet sätt. Samtidigt har IT-revolutionen förstärkt möjligheterna att hålla ihop hela operativa, produktutvecklings- och ledningsprocesser (se t ex Lind och Skärvad, 2004). Detta aktualiserar bland annat ett tänkande kring beroendeförhållanden *mellan* team i hela processer.

Man kan fråga sig om processerna blir de bärande elementen i morgondagens vårdssystem snarare än divisionerna, funktionerna, produkterna. Och även om det sannolikt blir många övergångshybrider finns det mycket som talar för att man även i sjukvården går mot den ”horisontella organisationen”. En organisation där betoningen alltmer går från de operativa delarna till ”länkarna”, det vill säga mot själva processarkitekturen, där olika operativa delar och team återintegreras i större autonoma och självstyrande helheter. (jämför till exempel Åhgren, 1999 och Cederqvist (Red.), 2008).

För att motverka tendenser mot inåtvändhet, och verkligen göra processer till något värdefullare än summan av de enskilda vårdenheterna, krävs nya grepp. Det är rimligt att i större omfattning lägga vikt vid, vilket redan sker i divisionaliserade företag, att skapa samarbetskapande arrangemang såsom nya organisatoriska former eller nya administrativa instrument, matrisorganisationer och belöningsystem (se till exempel Edgren, Rhenman, Skärvad, 1983). Allt för att förstärka patientfokuserad processutveckling.

När det gäller begreppsparet *volym* och *prestationer/helhets- och delprocessresultat* som fokus för uppföljning mäter man redan idag, dock oftast fragmenterat och utan kontinuitet, medicinsk kvalitet för olika diagnosgrupper. Likaså mäts omvårdnad och bemötande med hjälp av enkäter, intervjuer med anhöriggrupper och fokusgruppsamtal. När det gäller ekonomiska mått har man ibland sökt beräkna vad olika aktiviteter kostar, men sällan vad en hel patientprocess kostar. Ibland utnyttjas också livskvalitetsmått för att bedöma förändringar i hur patienter upplever hälsorelaterade livskvalitetsaspekter. Men få forskare problematiserar frågan om helhets- och delprocessmått för prioriterade patientgrupper som alternativ till enkla produktionsmål som är kopplade till producenternas ansträngningar i termer av antalet besök, vård dagar och operationer. Och ännu färre tycks ha provat ut vad det innebär att börja med förväntade resultat för patientgruppen och organisera resurser för att uppnå dessa resultat och göra det kostnadseffektivt. Ovanstående uppföljningsobservationer baseras dels på erfarenheter från tidigare refererade pilotprojekt och många års egna empiriska observationer och erfarenheter (se Lind, 2010).

2.4.5 FÖRETAGSEKONOMISKA PERSPEKTIV PÅ UPPFÖLJNING I VÅRDSYSTEM – EN UTVIKNING⁵

Som företagsekonom är utgångspunkten för mina resonemang frågan om effektivitet och, närmare bestämt, distinktionen mellan inre och yttre effektivitet. När det gäller yttre effektivitet (effectiveness) ligger fokus på vad som är resultatet av någons ansträngningar, snarare än i vad som är den lägsta kostnaden för våra ansträngningar (efficiency).

För att göra diskussionen mer precis är det lämpligt att särskilja två dominerande företagsekonomiska perspektiv avseende synen på uppföljning: ekonomistyrningsperspektivet och strategi- och organisationsperspektivet.

EKONOMISTYRNINGS-PERSPEKTIVET

Traditionell *anslagsfinansiering*, och olika varianter på denna budgetstyrning i vårdsystem, bygger i stort sett på tidigare års förbrukning och utfall. Förhandlingarna har i de flesta fall mycket begränsade effekter på resursfördelningen. Eftersom den logiska kopplingen som bildar ramen för mål och verksamhetsmål på basenhetsnivå inte är tydlig, är också uppföljningen av verksamhetsinnehåll och effektivitet illusorisk. I avsaknad av bra system för att belöna hög produktivitet och effektivitet, blir det ändå den blint skärande ”osthyveln” som gäller vid kostnadsreduktioner.

Sedan mitten av 1990-talet har traditionell prestationsmätning kompletterats med ”balanserat styrkort” och andra flerdimensionella prestationsmätningssidéer. Här vill man hitta former för en både långsiktig och effektiv operativ styrning. Det *balanserade styrkortet* tvingar fram mål från vanligtvis fyra perspektiv (kundperspektivet, processperspektivet, innovations- och inlärningsperspektivet samt det ekonomiska/finansiella perspektivet), beslut om hur man skall mäta, nyckeltal som konkretiserar mål i kvantitativa termer samt åtgärder som preciseras för att nå nyckeltal och uppfylla mål. På detta sätt länkas den strategiska planeringen ihop med den operativa. I nästa steg sker genomförande, mätning och uppföljning. Det bör observeras att målen måste vara klara, och att styrmåtten måste säga någonting om vad som uppnåtts.

På senare tid har också fokus på nyckelresursers produktivitet med hjälp av benchmarking aktualiserats i vårdsystem. Det innebär att man jämför sina prestationer med de bästa prestationerna i ”branschen” eller, ännu bättre, med de bästa varhelst i världen. *Benchmarking* antar korrekt att vad en organisation gör, bör också vilken annan organisation som helst kunna göra bra. Man antar korrekt att vara lika bra som ledaren är förutsättningen för att bli konkurrenskraftig.

⁵ Avsnittet baseras i mångt på ”Företagsekonomiska perspektiv på uppföljning i vårdsystem (Lind, 2013;7-11), ur ”Sex röster om uppföljning och utvärdering”, Sveriges kommuner och landsting (2013).

Även om man med de senaste metoderna börjat närma sig utsidan av organisationen, blir det överordnade intrycket av ekonomistyrperspektivet att det är insidan på organisationen som är ledningens domän (Pollitt och Sorin, 2011). Fokus på det inre förefaller också förstärkas av IT-utvecklingen, där man kan producera stora mängder data. Fokus på det interna betyder att man bekymrar sig om ansträngningar och oftast om kostnader. Men ett vårdsystems mission är inte att kontrollera kostnader. Det skall idag i första hand bidra till patienters värdeskapande, det vill säga åstadkomma resultat utanför sig själva. Denna resultatriktning ligger i linje med strategi- och organisationsperspektivet, där utgångspunkten är att fokusera på den *yttre effektiviteten*.

OLIKA SYFTEN MED UPPFÖLJNING

Från uppföljningsprocessen återförs information om utfall och syftet med denna informationsöverföring kan vara trefaldigt: den återförda informationen utnyttjas för att a) *kontrollera* ett förutbestämt utfall; att b) *testa* antaganden för att undersöka svårförutsägbara konsekvenser; eller att c) *lära*, till exempel i situationer då osäkerhet råder om både mål och medel och där uppföljningen handlar om att observera, lära och handla. Det bör redan här påpekas att dessa tre alternativ (a, b och c) i praktiken ofta sammanblandas, men intellektuellt är de helt olika och leder till olika typer av agendor. Kontrollaspekten (a) står i fokus för uppföljning när det t ex gäller att uppfylla minikrav utifrån vårdprogram, eller när en ny typ av organisatorisk lösning med stor säkerhet kan förutsägas och verkligen svarar mot de problem och mål som identifierats. Det centrala i en sådan situation blir att utarbeta en plan för hur förändringen skall genomföras. Uppföljning blir sedan en kontroll av att planerade åtgärder verkligen vidtas och besvarar frågor som: Har ni genomfört de förändringar som diskuterades vid budgetuppföljningen? Följer ni vårdprogrammet och lever ni upp till minikraven i olika avseenden?

Det kan också vara viktigt att få ett grepp om vilka oväntade effekter en lösning leder till samt om den startar nya problem. I en sådan situation kan uppföljningen vara ett nödvändigt led i en test- och utredningsprocess. Uppföljningen syftar i detta fall till att testa (b) om den teori som ligger bakom den nya lösningen är riktigt, samt ibland till att undersöka om den nya lösningen medför konsekvenser som ej förutsägs av teorin (en teori ger ju alltid en förenklad bild av verkligheten). Frågor som besvaras är till exempel: Vad händer om vi låter processdimensionen dominera över funktionsdimensionen i den organisatoriska förändringen? Vad händer med patienterna till följd av strukturförändringen? Hur förändrar nedläggningen av psykiatrijouren patientflödet?

I inlärnings- och utvecklingssituationen (c) finns en uppfattning om vilka mål som är önskvärda och vilka problem som är angelägna att lösa. Det finns inget annat än en vag uppfattning om vad det är för organisatorisk lösning, eller verksamhetsmodell, som erbjuder ett lämpligt svar. Införandet av en ny organisatorisk lösning kan också förutsätta grundläggande förändringar av

beteendet i organisationen. Det kan till exempel avse ökad självständighet för lokala enheter i en organisation. Detta kräver i sin tur ökad kompetens inom dessa enheter samt ändrade attityder och värderingar. Vidare medför förändringen nya relationer för både de som arbetar inom en viss lokal enhet och mellan de lokala enheterna och övriga enheter inom organisationen. Uppföljning blir i ett sådant fall ett underlag för en successiv utveckling av bättre fungerande lösningar. En kontinuerlig uppföljning av förändringens effekter erbjuder också ett stöd för den mer djupgående beteendeförändringen, framför allt genom att ge dem som själva är berörda av förändringen ett underlag för dialog och diskussion. Uppföljningen är således en inlärnings- och utvecklingsprocess, till exempel vid introduktionen av en ny verksamhetsmodell.. Det är i och för sig möjligt att en process av detta slag aldrig avstannar, det vill säga uppföljning genomförs kontinuerligt och bildar underlag för en stegvis och aldrig avslutad förändrings- och förbättringsprocess.

2.4.6 SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis kan det konstateras att styrning och uppföljning av sjukhusvården i början av 2010-talet i huvudsak baseras på anslag eller anslagsliknande finansiering. Fokus ligger på volymer och kostnader/ersättning. Den sker inom ramen för en administrativ hierarki med fokus på mer eller mindre autonoma vårdenheter och med en uppföljning som, utöver identifiering av och hantering av budgetavvikelse, är inriktade på ”enklare” produktionsmått som antal besök och vård dagar, möjligtvis i kontrollsyfte. Samtidigt ser vi det ökande gapet mellan dagens styrning och uppföljning och framväxande patientproblem (se avsnitt 2.2, sid 31-32) och önskemål, vilket borde leda till både fler tester och ökad inläring.

Denna något svepande litteraturöversikt har gett två slags insikter. För det första finns i litteraturen ingen distinktion mellan producentfokuserade och patientfokuserade verksamhetsmodeller, så som de här definierats och konstruerats och brutits ned i komponenter. Begränsar vi oss till begreppet organisationsmodell finns en hel del skrivet om den funktionella organisationsmodellen, både utanför och i vården, inte minst i samband med att man vill diskutera alternativet processmodell (se till exempel Vos, Chalmers, Dücker, Groenewegen, Wagner och van Merodez, 2011).

För det andra har ett antal luckor i dagens forskning identifierats, som leder till frågeställningar som måste beaktas vid utformning av en ny verksamhetsmodell. Några exempel på frågor är: Hur skall man utveckla förtroendefulla relationer till professionen? Hur skulle ett processbaserat ersättningssystem kunna se ut? Vilken typ av samarbetskapande arrangemang behöver utvecklas? Vad skall menas med resultat för patientgrupper?

KAPITEL 3

OBSERVATIONER FRÅN PRAKTIKEN I PILOTPROCESSPROJEKTEN

3.1 KAPITLET'S UPPLÄGG

I detta kapitel ges en fördjupad beskrivning av resonemangen i avsnitt 1.3 runt en patientorienterad verksamhetsmodell för nästa vårdssystem. Vidare presenteras ett antal observationer kring respektive dilemma från de pilotprojekt som beskrevs i metodavsnittet tidigare. Något förenklat ser sambanden ut så här: Verksamhetsmodellen har utvecklats baserad på mångåriga praktiska erfarenheter och litteraturstudier och pilotprojekten syftar till att prova ut, vidareutveckla och fördjupa modellen.

3.2 ADMINISTRATIV HIERARKI OCH/ELLER PROFESSIONELL SJÄLVKONTROLL

I den nya verksamhetsmodellen blir *utgångspunkten* att skapa nya fora för professionella dialoger kring kostnader och kvalitet för olika patientgrupper. I den nya verksamhetsmodellen blir det vårdprofessionella som i dialoger skall definiera patientresultat för olika patientgrupper och bestämma hur värdeskapandet kan förbättras. En implikation blir att vårdprofessionella utsträcker sitt ansvarsområde, från i huvudsak de rent medicinska problemen till att också innefatta kvalitetsskapande och resurshushållning i hela patientprocesser.

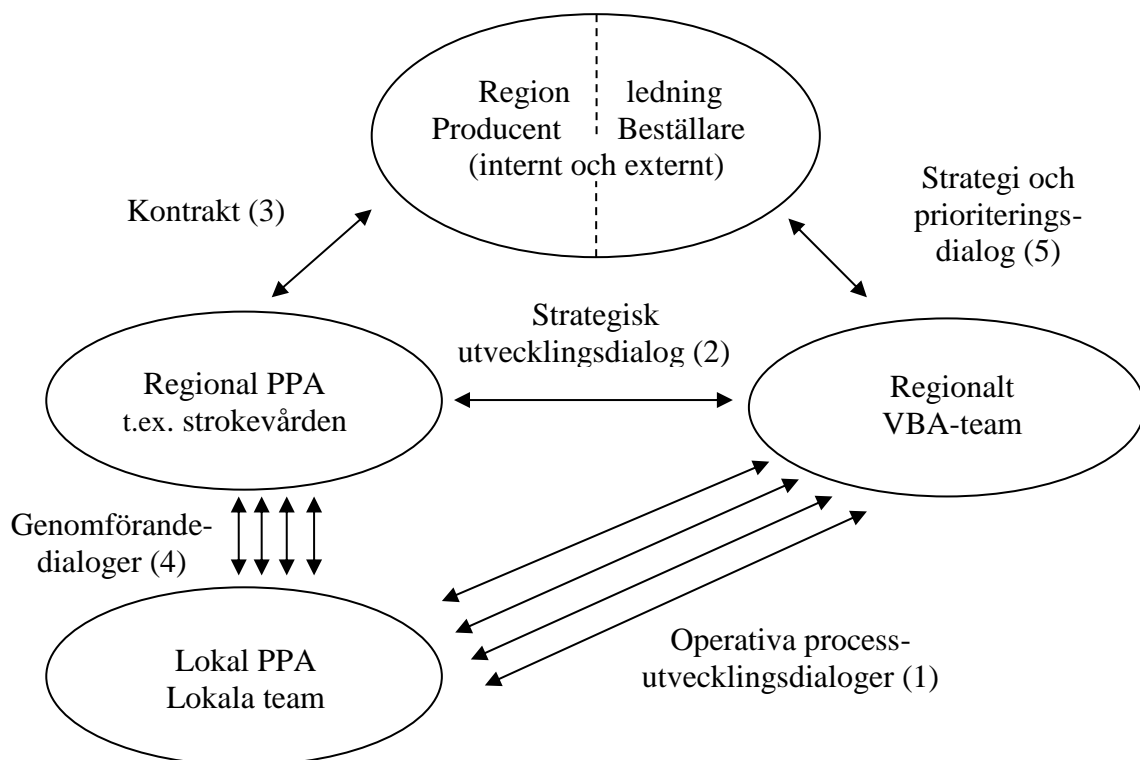
Principen om professionell självkontroll handlar om att engagera läkare och andra vårdprofessionella såväl på behovssidan (den värdeskapande beställaransvarige = VBA) som produktionssidan (via patientprocessansvariga = PPA). Detta i syfte att öka kunskaperna om hur man hos respektive producenter, och i samverkan dem emellan, skall driva vården alltmer högkvalitativt och kostnadseffektivt. Det räcker dock inte att enbart engagera medarbetarna i utveckling av patientprocesser för att få till stånd en bestående resultatförbättring. För att kunna säkerställa en kontinuerlig processförnyelse måste det finnas någon som i dialog uppfordrar, utmanar och stimulerar de lokalt processansvariga. Detta var den enskilt viktigaste observationen från pilotstudierna.

Resultatet av dessa dialoger bekräftas i utvecklingskontrakt där det ges uttryck för överenskomna resultatförbättringsambitioner. Erfarenheter visar vidare att de som skall gå i dialog med de lokala processledarna bör organiseras region/landstingsövergripande (eller över flera regioner/landsting såsom till

exempel för högspecialiserad vård) som ett team av uppdragsansvariga, vilka är såväl medicinskt-, omvårdnads- som omsorgsmässigt kompetenta för att kunna ha meningsfulla dialoger. Deras formella mandat utgår från de prioriteringar som politiskt fastställts.

I takt med att flera patientprocesser utvecklas lokalt, kommer antalet dialoger kring resultatutveckling och utvecklingskontrakt att öka. Detta leder till ett behov av samordning av de lokala processerna. En samordning som utifrån lokala förutsättningar eftersträvar att säkerställa en likvärdig utvecklingstakt med lika vård oberoende av var vården ges. Denna samordning är i första hand att betrakta som en produktionssamordning. Samordningen kan stödjas genom att man till exempel tillsätter regionala patientprocessansvariga (R-PPA), vars mandat utgår från de direktiv och den dialog som man regelbundet för med de ansvariga för vårdproduktionen (politiker och vårdproduktionsledning).

Detta dialogresonemang kan översiktligt illustreras med följande figur 5.



Figur 5. Ett system för kontraktbaserad professionell självkontroll (märk att utföraren kan vara både intern och extern, men inte beställaren).

Ovanstående organisatoriska form kan som figurtexten visar kallas kontraktbaserad professionell självkontroll. Denna organisationsform hålls samman genom förhandlingar och omförhandlingar om vårdens innehåll och kvalitet i så kallade utvecklingskontrakt, snarare än genom administrativa budgetprocesser. Men denna form minskar också, i takt med framväxten av ”horisontell ledningsinformation”, behovet av samordnande administrativa

ledningshierarkier. Den informationsbaserade organisationsstrukturen blir därför allt plattare.

Från observationer av dialoger och intervjuer med representanter från både lokala och regionala team, kan några intressanta iakttagelser urskiljas. En sådan är att det hos flera lokala processledare fanns en skepsis mot vad uppdragsgivare skulle kunna göra för nytta när de inte behärskade samma specialitet som processteamet: *”Vad kan en hjärtspecialist lära en neurolog?”*, eller *”Vad kan en allmänläkare lära en ortoped?”*. I takt med att dialogerna utvecklades förvärvade dock uppdragsgruppen/VBA-teamet legitimitet när de i sina frågor under dialogerna fokuserade på i huvudsak en frågeställning; *”Vad betyder detta för patienterna?”*, och där de processansvariga ibland tvingades säga: *”Tänkte inte på det.”*

En annan observation var att uppdragsgivarna i dialogerna med de lokala teamen hårdnackat motsatte sig diskussion om resultatförbättringar innan det fanns korrekta data: *”Vi kan ju inte diskutera resultatförbättringar om vi inte känner till utgångsläget”*, som det stod i ett dokument.

En tredje iakttagelse var att förankringen i dagens linjestruktur varierade stort. När det gick bra i processerna, delegerade klinikledningarna, efter att först ha satt sig ordentligt in i problematiken, till lämpliga överläkare, samtidigt som verksamhetschefen gav sitt positiva stöd.

Pilotutvecklingsprocessen karakteriserades också av att processledarskapet i enskilda team skiftade över tiden. I denna process kunde åtminstone två misslyckade ”typer” för det krävande teamledarskapet identifieras: dels ”den introverte specialisten” (som naturligtvis är outhärlig i andra situationer) respektive ”stjärnan med hjälpare”, det vill säga en som inte alltid ser sitt eget ansvar utan företrädevis förlitar sig på någon annan.

3.3 AUTONOMA VÅRDENHETER OCH/ELLER GRÄNS- ÖVERSKRIDANDE PROCESSUTVECKLINGSTEAM

Under 2000-talet lärde vården att trevande börja riva interna murar. Hjärt-lungdivisionen i Lund är ett bra exempel på ett försök att utveckla en processfokuserad organisation. På 2010-talet har man börjat närma sig de yttre murarna och börjat riva även dessa. I team överskrider man idag både fysiska, funktionella och professionella gränser i Skåne vid utformningen av pilotprojekt/processer.

Denna utvecklingssituation får dock inte dölja det faktum, som tidigare beskrivits, att den etablerade verksamhetsmodellen genom organisationsstruktur, budgetsysteem, belöningar och effektiviseringsförsök riktar stor uppmärksamhet på funktionella enheter, som till exempel kliniker, mottagningar, vårdavdelningar, kommunala vårdboenden och sjukvård i hemmet. Principen är att ”var och en gör sitt och lämnar över”. En läkare uttryckte det illustrativt så här:

”Det etablerade arbetssättet i sjukvården har varit som ett slags stafettlopp, där alla är utbytbara. Detta har försvårat en genuin förändring av vårt arbetssätt och våra arbetsformer.”

I den nya verksamhetsmodellen ligger fokus på ”gränsöverskridande processer”, från tidiga tecken på sjukdom till uppnådd bästa möjliga funktion eller lindring. Patientprocessperspektivet handlar om huruvida mötena med vården sammantaget leder till förbättringar för patienten. För varje patientgrupp måste man utifrån överenskomna resultat och ambitioner se över arbetsinnehåll och arbetssätt för att identifiera bättre och mer kostnadseffektiva sätt att bidra till värdeskapande för patienten. Det patientprocessorienterade arbetssättet ledde också till ökade mellanprofessionella kontakter och samtal. Detta medförde en förbättring av de olika yrkesgruppernas insyn i varandras arbete, vilket ökade deras möjligheter att samordna sina insatser och utveckla nya lösningar. Erfarenheter indikerar också att bästa sättet att öka kostnadseffektiviteten är att driva kvalitetsförbättringar och mäta resultat. I de tidigare nämnda pilotprojekten inom strokevården har detta inneburit att lokala processledare, tillsammans med gränsöverskridande processutvecklingsteam, dels analyserat styrkor och svagheter i dagens patientprocesser och dels utvecklat planer för att uppnå bättre patientresultat.

Teamledarens roll i integrerade processutvecklingsteam är mycket viktig. Den avviker också på många sätt från den traditionella chefsrollen i dagens verksamhetsmodell. Rollen handlar mer om fokus på resultat och att bygga relationer, än att fokusera på funktioner och specialiteter. Annorlunda uttryckt handlar det mer om coaching än den traditionella chefsrollen. Man är ansvarig för processresultaten och måste ha auktoritet när det gäller hur man organiserar arbetsprocessen och leder utvecklingsteam. I en övergångsfas nödvändiggör detta ett mandat från berörda ledningsfunktioner om man skall lyckas.

I strokeprocesserna har man sett grad av ADL-oberoende (”oberoende av hjälp med Aktiviteter i Dagligt Liv”) som det viktigaste helhetsmålet. Detta har bidragit till att utveckla ett gränsöverskridande tänkande och handlande, fokus på patienten och att man ser bortom sin egen specialitet. I alla Skånes strokeprocesser har gränsöverskridande processutvecklingsteam byggts. Vidare har man, med varierande framgång, mobiliserat stöd från verksamhetsledning, ökat ambitionerna när det gäller att få patienter direkt till strokeenhet och ökat andelen trombolysbehandlade (blodproppslösande behandling) och byggt upp stroke teamen samt utvecklat sammanhängande rehabplaner.

Erfarenheter och observationer från utvecklingsarbetet med strokeprocessen indikerar både stora möjligheter och stora utmaningar när det gäller att utveckla patientprocesser så att patientresultat förbättras. Låt mig börja med möjligheterna. Just fokuseringen på helhetsresultat för patientgruppen skapade goda förutsättningar för produktiva arbetsrelationer både inom processutvecklingsteamerna och i dialogerna med uppdragsteamet.

För det första skapades mått som bäst fångar ”bättre patientresultat”. Det svåra var inte att bli överens om delprocessmått, utan snarare om vad som skulle betraktas som ”helhets- eller huvudresultatmått” i vårdprocessen. Här gavs möjligheter att ta tag i många ”produktiva konflikter”. Efter diskussioner om alltifrån hur man skall förebygga stroke till överlevnad efter fem år, har man blivit överens om att i dagsläget se ADL-beroendet efter ett år som det viktigaste helhetsmålet.

Fokuseringen på helhetsresultat gjorde det, för det andra, naturligt att intressera sig för och diskutera vilken information andra behövde av en för att göra jobbet i processen ansvarsfullt och bra och vilken information man behövde av andra inför sitt eget agerande. Man började genomföra arbetet i team, i den ”horisontella linjen”, man handlade mer i linje med vad situationen krävde än den formella juridiska strukturen. Genom fokusering på bidrag till helhetsresultatet, och att man hölls ansvarig för detta, utvecklades ett gränsöverskridande tänkande och handlande med fokus på patienten.

Även om ovanstående möjligheter efterhand har tillvaratagits i de flesta av piloterna finns det anledning att betona de utmaningar som mer generellt är förknippade med att utveckla nya tanke- och behandlingsvanor bland vårdprofessionella. Idén om *Best Practice*, det vill säga att lära av andras framgångar, anammades inte utan vidare. Och att behöva fokusera på mätbara patientresultat i stället för att ställa krav på ökade resurser var för en del också svårsmält. Men på det hela taget upplevde man det som positivt att ersätta tillfälliga processprojekt med en kontinuerlig verksamhetsförnyelse.

Vid ett utvärderingsseminarium av pågående pilotarbete i Skåne rapporterade processteamerna om sina erfarenheter enligt följande: *”att vi kommit överens om mått och mätningar får nog ses som en bedrift; kontinuerliga möten med uppföljning är bra för disciplinen. Det är bara bra med en större öppenhet kring verksamheten och att bli betittad med andras ögon, och dessutom horisontellt; det är också bra att man tittar på förbättringsåtgärder, men det måste ske i rätt takt. Att förstärka patient- och processorientering ger en bättre mental hälsa för professionerna. Man kan bara börja förstå varandra genom att träffas och då byggs förtroende och man blir mer generös. Processperspektivet bidrar definitivt till att minska riskerna för suboptimering. Vi ser många poänger med att arbeta gränsöverskridande”*.

Även det regionala uppdragsteamet, bestående av vårdprofessionella, som hade dialoger med de lokala processteamerna, pekade på några viktiga styrkor i processerna. De pekade bland annat på den vilja och den drive som fanns i de olika processutvecklingsteamerna och den stora viljan att lära av varandra. Man betonade också de ökade processkompetenser som utvecklats och man lyfte även särskilt fram styrkan i den enighet som uppnåtts om mått och mätningar. Detta kan kontrasteras mot uppdragsteamets synpunkter vid intervjuer ett halvår tidigare. Då såg man negativt på de lokala processteams förmåga att gå över

sina gränser, att göra ordentliga kartläggningar av sina processer och integrera primärvård och kommuner i sina team.

FRÅN VERTIKAL TILL VIRTUELL INTEGRATION

Det kommer att med informationsteknologins hjälp bli allt vanligare med virtuell integration, alltifrån regionalt till globalt. Inom strokevården i Skåne (i Hässleholm) utnyttjar man idag telemedicin, vilket innebär att en kamera gör det möjligt för en specialistläkare utanför sjukhuset att kommunicera med patienten och direkt bedöma symptomen. Läkaren kan fjärrstyra kameran hemifrån vilket gör att behandlingsrekommendation kan ges dygnet runt, även under jourtid. Detta garanterar att den som har högst kompetens kan ge beslutsstöd. Denna utveckling ställer allt större krav på att processledare måste fokusera på vem som gör vad bäst och kombinera styrkor, där olika samproducenter kan få primärt ansvar för olika delprocesser, medan processledare står för helheten. Detta telemedicinska projekt var en del av processteamets utvecklingskontrakt.

3.4 UPPFÖLJNING AV VOLYMER OCH PRESTATIONER OCH/ELLER UPPFÖLJNING AV HELHETS- OCH DELPROCESSRESULTAT

Uppföljning i den etablerade verksamhetsmodellen är i stor utsträckning enbart fokuserad på att följa upp producenternas förbrukning av ekonomiska resurser, oftast med fokus på det senaste året. Ur verksamhetssynpunkt har uppföljningen i huvudsak handlat om hur mycket vård som producerats, till exempel i termer av antal besök, vård dagar, operationer etc. Huvudfokus i den nya verksamhetsmodellen ligger på att åstadkomma allt bättre patientresultat: Medicinskt, Omhändertagandemässigt, inom en given Ekonomisk resursram och med hälsorelaterade Livskvalitetsmått (i sammanfattning kallat MOEL-resultat).

Helhetsmått måste kompletteras med vissa delprocessmått, till exempel väntetider och vårdtider vid olika vård- och rehabiliteringsenheter, medicinska resultat och mått kring av patienten upplevt omhändertagande. Helhetsmått är härledda ur hela patientprocessen och både helhets- och delprocessmått kommer kontinuerligt att ses över och anpassas till nyvunna kunskapsnivåer. När det gäller ekonomin handlar det om att i varje patientprocess systematiskt skilja kostnader för värdeskapande aktiviteter från icke värdeskapande. Till de icke värdeskapande aktiviteterna hör givetvis medicinska och rehabiliterande åtgärder som saknar relevans för den aktuella patientgruppen, för låg kvalitet som leder till behov av korrigeringar, men också bland annat omotiverade väntetider, onödig provtagning samt vissa administrativa åtgärder. I grunden handlar det om att försöka förstå hur man skapar en så kostnadseffektiv patientprocess som möjligt, det vill säga kostnaden för helheten.

I en noggrant utformad och mätbaserad resultatutvecklingsprocess blir patientprocessansvariga i dialoger överens med den värdeskapande beställaren

att kartlägga och analysera styrkor och svagheter i sina gränsöverskridande processer. Det är emellertid viktigt att denna process är både upprepningsbar och skapar en dialogisk ram kring förbättrings- och förnyelsearbetet. Resultatutvecklingsprocessen handlar också om att ta fram mått och mätsystem för patientresultat; mäta sina aktuella resultat; identifiera och analysera gapet mellan resultat av ”best practice” och aktuellt resultat; besluta om resultatförbättringar; sluta överenskommelse i relativa utvecklingskontrakt; följa upp och gemensamt tolka eventuella gap mellan planer och aktuellt utfall; att koppla ersättnings- och belöningsystem till uppnådda resultatförbättringar (vilket ej är genomfört ännu). Som en läkare kommenterade: *”Detta innebär kanske att vi kommer att slippa dagens ofta själlösa uppföljningar och i stället motiveras av att göra vårt allra bästa och inte bara det som är bra nog.”*

TEAM	ADL-ober. 3 mån (%)	Trombolys (%)	Strokeenhet inom 24 h (%)	Strokeenhet direkt (%)
Ängelholm	86,3 (83,5)	9,9 (13,5)	76,4 (91,9)	
Hässleholm	86 (85,2)	13,7 (22,4)	(92,7)	66,8
Trelleborg	82,2 (78,6)	11,0 (6)	(97)	
Malmö	78,9 (74,5)	10,3 (12,2)	85,4 (86,5)	75,2
Helsingborg	78,9 (82,6)	7,2	70,0 (80)	65,0
Kristianstad	78,6 (77,8)	9,2 (11,3)	(87,5)	68,8
Lund	78	7,1	86,0 (68,5)	76,0
Ystad	(85,9)	10,7 (9,9)	70,5 (64,6)	59,5
Landskrona	(83)		(95)	

Figur 6. Sammanställning över strokeresultat efter kontraktsdialoger. Siffrorna inom parantes är helårssiffror.

Pilotarbetet med strokeprocesserna följde ovanstående procedur. Efter kontraktsdialogerna 2011⁶ sammanställdes resultatet i figur 6. I figuren återges först helhetsresultat ur patientperspektiv (ADL-oberoende tre månader % och där spännvidden mellan sjukhusen var 78-85 %). Därefter anges evidensbaserade delprocessmått (t ex andel som får trombolys (%), vilket varierade mellan 7,1 och 22,4; eller till strokeenhet direkt (%) som varierade mellan 59,5 och 76).

Samtliga team hade ambitionen att uppnå minst samma ADL-oberoendenivå efter ett år som efter tre månader.

E:et i MOEL saknas i figur 6. Därför finns inte heller någon klar uppfattning om hur kostnadseffektiva de olika processerna är. Det finns förvisso indikationer på

⁶ Dessa data kommer från små material. Jämför tabell i bilaga 1 som kommer från Strokeregistret.

att fokuserat kvalitetsförbättringsarbete kan leda till högre kostnadseffektivitet, men några bevis finns inte. Därför ansåg vissa processledare det önskvärt att snarast möjligt få en överblick över ”kostnadskvaliteten” i alla strokeprocesserna. Här finns väl beprövade procedurer och metoder för att särskilja värdeskapande från icke värdeskapande aktiviteter och kostnader. Observationen är dock att, trots åtminstone tre allvarliga försök under projektiden, det idag inte finns några möjligheter att identifiera eventuellt nya relationer mellan kostnader och kvalitet. Ytterligare en iakttagelse är att den av uppdragsgivarna efterfrågade ”benchmarking/best practice” för de olika måtten hade tolkats på många olika sätt av de lokala processteam. Däremot var det, förvisso efter ett flertal diskussioner vid nätverksträffar och i andra fora, möjligt att uppnå samsyn kring de utvalda måtten som fanns i den ovan nämnda figuren (en mer aktuell sammanställning redovisas i bilaga 1).

I samband med en rundresa som jag och en kollega gjorde till alla lokala strokeprocessteam under försommaren 2010 möjliggjordes en del kompletterande observationer av och synpunkter på den nya verksamhetsmodellen. Samtliga processteam var positiva till det nya systemet för professionell självkontroll med dess nya dialoger, roller och spelregler. Rollen som processledare sågs som både ovan och svår, men spännande, till exempel att *”kitta ihop funktioner längs processflödet”* och att *”påverka andra utan formellt mandat”*. Vidare såg man på den nya regionala processledarrollen som både nödvändig, för att få en mer likvärdig vård, och flerdimensionell: *”Rollen är ett lyft. Den borde ha tillsatts tidigare i piloterna. Viktig som katalysator”*; *”Det är bra att vi mellan nätverksträffarna fått förbereda resultatpåverkande ämnen i små grupper.”* Vidare ville samtliga att *”ett nytt ersättningsystem borde komma på plats”*. Man bedömde också att den nya verksamhetsmodellen på allvar skulle börja krocka med den etablerade. Processutvecklingsteamet såg det emellertid samtidigt som nödvändigt att nu visa medvetenhet om, och agera utifrån, att det uppstår nya roller, som kommer att förändra innehållet i delar av dagens ledningsstruktur.

3.5 HISTORISK BUDGET OCH/ELLER ERSÄTTNING FÖR UPPNÅTT RESULTAT

Traditionell anslagsfinansiering och budgetavtal bygger i stort sett på tidigare års förbrukning och utfall, vilket diskuterats tidigare i rapporten. Förhandlingarna har ingen eller liten effekt för resursfördelningen. Eftersom den logiska kopplingen mellan överordnade mål och verksamhetsmål på basenhetsnivå inte är tydlig, är också uppföljningen av verksamhetsinnehåll och effektivitet illusorisk. I avsaknad av bra system för att belöna hög produktivitet och effektivitet blir det ändå till sist den ”blint skärande osthyveln” som gäller.

Principiellt är ett budgetöverskott något annat än en vinst. I en marknadsekonomi är vinsten ett mått på värdet för kunden och priset ett

informationsmedel för producenten om man är kostnadseffektiv. Budgetöverskottet uppstår som skillnaden mellan en på förhand beräknad kostnad (budgeterad kostnad) och den faktiska kostnaden. Den principiella skillnaden gentemot vinsten ligger i att budgeten inte automatiskt kan ses som ett mått på tjänsternas och produktionens värde för användaren. Budgeten är enbart en uppskattning av en rimlig kostnad på produktionen. Ett budgetöverskott ger därför inget mått på om man skapat ett mervärde, utan är egentligen bara ett tecken på att kostnadsbedömningen varit för hög från början, eller att volymer är lägre än planerat. I avsaknad av marknadspriser har man inom vården konstruerat olika typer av standardkostnader, det vill säga man gör inte upp kostnadsbudgeten för enheten enbart med utgångspunkt från förra årets utfall, utan också med utgångspunkt från vad motsvarande verksamhet kostar på andra håll. Några exempel är budgetering med hjälp av DRG-vikter eller olika typer av vårdtyngdsindex.

I den nya verksamhetsmodellen omfattar uppdragen för de tunga patientgrupperna i princip alla insatser som görs på den aktuella patientgruppen. Detta möjliggör också ersättningssystem för den samlade vårdinsatsen, vilket bör ge incitament för utförarna att omfördela resurser för att uppnå mer kostnadseffektiva och bättre helhetsresultat ur patientperspektivet. En av de stora poängerna med den nya verksamhetsmodellen är att man knyter helhets- och delprocessmått till saker som man själv kan kontrollera. Måtten skall både vara objektiva, situationsanpassade, lätta att beräkna och lätta att förstå. Måtten är också kopplade till utvecklingskontrakt med krav på förbättringar.

Vad krävs då för att utveckla ett resultatorienterat ersättningssystem i den nya verksamhetsmodellen? Först måste man skaffa sig en uppfattning om kostnadsstruktur och kostnadseffektivitet i dagsläget. Detta är inte enkelt eftersom dagens ekonomisystem i allt väsentligt är uppbyggda för att följa dagens produktionsstruktur. Till detta kommer att man måste konstruera ersättningssystem som flyttar fokus från att ersätta resursförbrukningen, till att ersätta för uppnådda resultat.

Ett första steg i denna utveckling kan vara att utifrån nuvarande kostnadsvolym och kostnadsstruktur fastställa en ersättning utifrån en önskvärd kvalitetsnivå. Den principiella formeln och det önskvärda resultatet för strokeprocessen skulle kunna vara att X% ADL-oberoende ersätts med Y kronor per patient. (Problemen med "case-mix" kan bland annat minskas genom stora volymer - gungor och karuseller - och med eventuell efterförhandling vid extrema avvikelser). Högre MOEL-resultat ger tilläggsersättning enligt en fallande skala, medan lägre kvalitet ger en reduktion av ersättningen. Denna typ av konstruktion kan få en positiv inverkan på både kostnadsutveckling och kvalitetsstimulerande åtgärder. Och i takt med ökad kostnadsinformation kan det utvecklas ett allt mer differentierat kravställande från uppdragsteamet beroende

på om kostnader och kvalitet på lokal nivå är högre/lägre än den målsatta nivån (jämför figur 7).

Kvalitet \ Kostnad	Högre	Ok	Lägre
Lägre	Belöning	Belöning	Investering i kvalitetsutveckling.
Ok	Belöning	X%* ADL-oberoende= Y kronor	Kvalitetsutveckling
Högre	Trimma kostnader	Rationalisering	Ifrågasätta/avveckla

Figur 7: Patientfokuserad ersättningsmodell. Ett förslag till ersättningsmodell med strokeprocessen som exempel. *) Kan eventuellt kompletteras med något värde på delprocess, t ex Z% direkt till strokeenhet.

Observationen är att ingen i Region Skåne arbetar mot ett ersättningssystem för att åstadkomma denna förändring. Man har i stället arbetat med olika typer av ”kvalitetsbonus” för enskilda strokeenheter. Mycket talar dock för att man för de tunga prioriterade patientgrupperna, med starka beroendeförhållanden mellan primär- och sjukhusvård, bör utveckla nya ersättningssystem om man uthålligt skall kunna förbättra patientresultat MOEL. När det finns behov av sammanhållna patientprocesser, blir ersättningen per enskild prestation, inklusive bonusar, alltid en potentiell störning. Dessutom kan konstateras att diskussioner mellan vårdprofessionella om hur bonussystemet skulle konstrueras blev konfliktfylld. Frågan om hur högt och av vem kvalitetsstandarden skall sättas väntar också på sin lösning.

KAPITEL 4

ANALYS AV DILEMMAN OCH TOLKNING

4.1 KAPITLET'S UPPLÄGG

I detta avsnitt presenteras dels en analys av identifierade dilemman mellan den etablerade och en potentiellt ny verksamhetsmodell och dels en syntetiserande tolkning av hur en ny verksamhetsmodell skulle kunna se ut. För att tolka det empiriska materialet bland annat från piloterna skall detta belysas av de teoretiska utgångspunkterna och litteraturstudierna.

Analysen av dilemman fokuserar framför allt på två huvudfrågor som utkristalliserades i litteraturöversikten: hur skall politiker och administratörer lyckas utveckla förtroendefulla relationer till professionen och hur skall vårdprofessionella definiera och mäta patientresultat?

4.2 ANALYS AV DILEMMAN

Dilemman kring den etablerade verksamhetsmodellens autonoma vårdenhet och administrativa hierarki, kontrasterades (se avsnitt 2.3.2, 2.4.3 och kapitel 3) mot en ny verksamhetsmodells lokala processteam och professionell självkontroll. Det principiella svaret på dessa sammanvävda dilemman blev, kort sammanfattat, utprovningen av ett nytt system kallat *kontraktbaserad professionell självkontroll*.

Kontraktbaserad professionell självkontroll kan ses som ett slags nätverksorganisation med samordning baserad på samarbete och avtal, som ett alternativ i spektrat mellan samordning via prismekanismen och samordning via den vanliga ledningshierarkin. Detta kan också ses som ett svar på forskningsfrågan om hur politiken och administrationen skall kunna utveckla förtroendefulla relationer till vårdprofessionerna. Man så att säga transcenderar dilemmat mellan administrativ hierarki och professionell självkontroll, genom att behålla den administrativa hierarkin och göra den plattare genom att ersätta stora delar med professionell självkontroll. Samtidigt breddas denna självkontroll genom att de vårdprofessionella utsträcker sitt ansvarsområde, från i huvudsak de rent medicinska problemen till att också innefatta kvalitetsskapande och resurshushållning i hela patientprocessen.

De sammanhängande dilemmana kring uppföljning och ersättning mellan den etablerade och nya verksamhetsmodellen bottenar i frågan om vad som skall menas med patientresultat, om man inte utgår från dagens enkla produktionsmål och anslagsfinansiering. Det principiella svaret i piloterna har varit att definiera och mäta, och på sikt ersättas för, *MOEL-resultat* för olika patientgrupper. När

det gäller uppföljning av kvalitativa helhets- och delprocessresultat har detta tydligt fokuserats i pilotarbetena och också vuxit sig starkare i takt med att positiva resultat framkommit och ett allt större tryck kommer uppifrån i samband med nationella kvalitetsjämförelser i vården. Frågeställningen här är kanske snarast när beslut skall fattas om att man skall ”övergå från vänster- till högertrafik” (se avsnitt 2.4.3), när det gäller uppföljning.

Rakt motsatt är situationen när det gäller ersättningsystem och kostnadsanalyser. Trots återkommande provokationer av karaktären: ”Det vore väl konstigt om inte ni ekonomer skulle kunna börja diskutera nya kostnadsfördelningsprinciper, när läkarna gör detta med avseende kvalitet”, har mycket lite hänt både när det gäller principer för kostnadsfördelning och praktiska kostnadsbeskrivningar. Man har sålunda i huvudsak levt passivt med något som knappast noterats som dilemma. I dagsläget kan detta tolkas som en allmän osäkerhet om vem som skall göra vad i den nya verksamhetsmodellen, om det blir någon.

Ur ett organisatoriskt inlärningsperspektiv har kombinationen av en kontraktbaserad professionell självkontroll och fokus på MOEL-resultat skapat en struktur som främjar kunskapsutveckling och inläring. Experimentet bejaktas och man får feedback på sina prestationer och resultat. Det ställs också krav på resultatförbättringar, man får incitament till en utvecklingsstimulerande konkurrens om vårderbjudanden och processansvariga stimuleras att intressera sig mer för terrängen än den interna byråkratin.

Sammanfattningsvis har pilotprojekten och analysen av dilemman visat att det även i praktiken går att definiera resultat både som helhets- och delprocessresultat ur ett patientperspektiv. Vidare går det att skapa förtroendefulla relationer till professionen genom ett nytt system kallat *kontraktbaserad professionell självkontroll*, där man tillsammans definierar uppdraget, blir överens om resultatdimensioner, mätningar och tolkning av utfallet. Analysen har dessutom visat att förmågan att klara övergången från den etablerade till en ny verksamhetsmodell är starkt beroende av hur man lyckats hantera de dilemman som identifierats och definierats. Och att detta kan ses som ett exempel på ”second-level learning” framgår av nästa avsnitt.

4.3 SYNTETISERANDE TOLKNING

Från rapportens del 1 kan det repeteras att navet i den etablerade verksamhetsmodellen, såsom den illustreras i den fyrhjuling som ritats till vänster i figur 2 (se avsnitt 1.3), är ett system mer eller mindre väl samordnat av *enskilda utbudspunkter*. Principen för dessa utbudspunkter är bland annat att ”var och en gör sitt och lämnar över”. Andra principer är att de i huvudsak kontrolleras av en administrativ byråkrati och följs upp utifrån enkla produktionsmål.

Vad skulle då navet kring den patientfokuserade verksamhetsmodellen vara (se högra bilden i figur 2, avsnitt 1.3)? Skall till exempel budgeten fördelas till territoriella avgränsade befolkningsgrupper? Eller till den enskilda medborgaren? Båda modellerna har diskuterats och delvis utprovats. Men i den nya verksamhetsmodellen läggs fokus på en mellannivå, det vill säga *patientgrupper*. På denna mellannivå är flera vårdenheter inblandade under relativt långa perioder. Där kan man förväntas åstadkomma väsentliga förbättringar för patienterna, inklusive rationaliseringsmöjligheter, just genom att samarbeta ”över gränserna”.

För dessa volymmässigt stora och tunga patientgrupper kan det successivt byggas upp en permanent organisation, medan utvecklingsarbetet för mindre och specialiserade diagnos- eller patientgrupper parallellt kan bedrivas i projekt. För de tunga patientgrupperna omfattar uppdraget i princip alla insatser som görs på den aktuella patientgruppen. Detta kräver också ersättningssystem för den samlade vårdinsatsen, vilket bör ge incitament för utförarna att omfördela resurser för att uppnå mer kostnadseffektiva och bättre helhetsresultat ur patientperspektivet.

De dilemman som analyseras i avsnitt 4.2 avspeglar alla ett grundläggande strategiskt dilemma i många av dagens vårdsystem: Hur skall vi samtidigt uppnå en ekonomi i balans och på längre sikt anpassa och utveckla vårdsystemet till förändrade omvärldsförhållanden? Men att skapa en ekonomi i balans är något helt annat än att balansera mellan flera kompletterande element. Detta dilemma kan också beskrivas som skillnaden mellan anpassning inom ramen för den etablerade verksamhetsmodellen och att skapa en ny verksamhetsmodell (jämför Argyris och Schöns Double Loop Learning i avsnitt 2.4.2).

Den nya verksamhetsmodellen kan ses som en syntetiserande sammanvägning av tidigare konceptuella försök, utprovningar i piloter, uttolkning av dessa och analys av nyckeldilemman. Modellen aktualiserar nya frågeställningar och ställer nya krav på informationssystem. Den kan sammanfattas i fem punkter, vilka redan tidigare presenterats i rapportens första del i avsnitt 1.3 och en figur 3. Det tål emellertid att upprepas att modellen syftar till att underlätta ett perspektivskifte, en ny lins eller nya glasögon om man så vill, där patientgrupper och patientresultat kommer i förgrunden och där de funktionella enheterna träder i bakgrunden. Det handlar också om att man måste titta mer horisontellt än vertikalt och även över traditionella organisatoriska och politiska gränser. Modellen binder samman olika men besläktade aspekter i en patientfokuserad verksamhetsmodell.

Det bör vidare understrykas att den framlagda verksamhetsmodellen inte är avsedd att tränga undan andra koncept och teorier om vårdsystem. Vad som blir synliggjort från ett perspektiv, blir från andra perspektiv osynliggjort. Föreliggande teori har sålunda inga anspråk på att vara vare sig riktig eller universell. Däremot vill jag hävda att det *idag* finns goda skäl att särskilt betona

patientvärdeskapandets logik i det eviga och mest grundläggande dilemmat: det mellan produktionens effektiviseringslogik och patientvärdeskapandets logik.

Denna bedömning delas delvis av flera andra författare, inte minst i USA. Där har under senare tid två välkända profiler slagit sina huvuden samman och i Harvard Business Review presenterat en artikel som vill visa hur man kan utveckla en procedur som leder till bättre patientresultat. Så här sammanfattar författarna Kaplan och Porter i septembernumret 2011:49 i *Harvard Business Review*:

”Much of the rapid escalation in health care costs can be attributed to the fact that providers have an almost complete lack of understanding of how much it costs to deliver patient care. Thus, they lack the knowledge necessary to improve resource utilization, reduce delays, and eliminate activities that don’t approve out cuts. Pilot projects underway at hospital systems in the US and Europe demonstrate that the transformative effect of a new approach that accurately measures costs – at the level of the individual patient with a given medical condition over a full cycle of care - and compares those costs to outcomes. As providers and payers better understand costs, they will be positioned to achieve a true “bending of the cost curve” from within the system, not based on top-down mandates. The sheer size of the opportunity to reduce health care costs – with no sacrifices in outcomes – is astounding.”

Här finns likheter med den patientfokuserade verksamhetsmodellen, men också väsentliga skillnader. Kaplan och Porters (2011) modell rymmer intressanta inslag, men har ett antal avgörande svagheter ur ett svenskt perspektiv. Några av dessa svagheter är: det är ett system för sjukvård och innefattar inte äldreomsorgen; det omfattar inte alla medborgare och man utgår från ”medicinska tillstånd” och inte det bredare begreppet patientgrupp som kan innefatta flera olika medicinska tillstånd; man diskuterar inte det som i denna rapport kallas professionell självkontroll och MOEL-resultat. Det vill säga att Kaplan och Nortons (2011) huvudfokus ligger mer på inre effektivitet än yttre.

KAPITEL 5

SLUTSATSER OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

5.1 SLUTSATSER OCH BIDRAG

Frågor om verksamhetsmodeller i vårdssystem ställs inte ofta och ännu sällsyntare är frågan om vad som karakteriserar *effektiva* verksamhetsmodeller. Detta innebär bland annat att existerande verksamhetsmodeller sällan utmanas, eller ens blir explicit formulerade. Och än mindre att helt nya verksamhetsmodeller konceptualiseras och prövas.

Det är utifrån detta perspektiv jag ser utvecklingshypotesen om den nya patientfokuserade verksamhetsmodellen med fokus på patientgrupper och MOEL-resultat. Denna verksamhetsmodell, som jag ser som mitt viktigaste teoretiska bidrag, innefattar nya sätt att effektivt arbeta (i processer), leda (i team) och styra (med hjälp av ett nytt system för professionell självkontroll). Ur ett organisatoriskt inlärningsperspektiv handlar omställningen från en etablerad till en ny verksamhetsmodell om en inlärningsprocess av andra ordningen. Detta är ofta en dramatisk process med krav på inte bara intellektuell omvärdering utan nya kompetenser och maktrelationer, vilket bland annat tydliggjorts genom en identifiering och analys av kritiska dilemman i omställningsprocessen.

Av detta kan man dra slutsatsen att en av den högsta ledningens svåraste uppgifter är att förändra maktförhållanden och samspelsregler med syftet att styra den organisatoriska inlärningsprocessen. Detta kan med en teoretisk term kallas metaledning. En viktig metaledningskompetens blir att skapa förutsättningar för ökad processeffektivitet, vilket i sin tur skapar förutsättningar för ökad enhetseffektivitet. Metaledning handlar i grunden om förmågan att mobilisera makt för att allokeras och omallokeras makt så att rätt typ av kompetens och kompetensutveckling stöds i den organisatoriska inlärningsprocessen. Detta bör kunna bli ett intressant forskningsområde framöver.

Det blir en både grannliga och svår uppgift att hantera övergången till den nya inriktning som skisserats ovan. För att påskynda övergången från producent/funktionsstyrning till patient/processstyrning krävs ett flerårigt kompetensutvecklingsprogram för alla inblandade aktörer samt prioritering och satsning på utveckling av processfokuserade stödsystem. Ökad ”processmognad” handlar om mycket mer än att ut- och omforma arbetsflöden i patientprocesser. I grunden handlar det om att skapa en processkultur med hjälp av omdefinierade roller och ansvar, nya ersättnings- och belöningsystem,

teamarbete över organisatoriska gränser med fokus på ökat värdeskapande för medborgare och patienter. Eller för att säga det med andra ord; en ny verksamhetsmodell.

5.2 EFFEKTER OCH VALIDERING AV EN NY VERKSAMHETSMODELL

Att forska om förnyelse och/eller att ha ambitionen att bevisa effekter av styrmodeller avseende kvalitet och ekonomi i svenska vårdssystem, kan vara svårt av flera skäl. För det första saknas ofta ett starkt förändringstryck från politiker eller patienter. Denna brist bidrar i sin tur till att former för uppföljning och resultatredovisning är svagt utvecklade. I slutändan reduceras därför argumenten ofta till ett slags spara/slösadebatt.

För det andra är politiker inte alltid intresserade av vilka effekter deras beslut får. En luttrad forskarkollega uttryckte det ungefär så här: *”Vad effekterna av en styrmodell blir tar lång tid att forska fram (kanske 2-5 år) och när forskarna är redo att avge sina svar är politikerna i full färd med att införa nya styrmodeller”*. Eller som min gamle handledare uttryckte det: *”Forskarna jagar svansen på verkligheten och avståndet blir längre och längre”*.

Ett tredje skäl till att det kan bli så svårt kan ligga i själva sättet att forska. Att till exempel söka statistisk verifikation av vilken styrmodell som är bäst, förefaller närmast futilt eftersom jag inte tror att det finns någon statistisk sanning om så komplexa fenomen som styr- eller verksamhetsmodeller. Dessutom är jämförelseobjekten för få för att man ska kunna konstatera skillnader utan att reducera perspektivet till det triviala och ointressanta. Management utspelar sig i ett antal osäkra och komplexa sociala, organisatoriska och politiska processer. Av den anledningen måste vi arbeta efter andra former av giltig kunskap än den som man inom medicinen framgångsrikt hanterat med utprovning av (natur)vetenskaplig evidens.

Konstruktionen av de verksamhetsmodeller som diskuterats i denna rapport bygger både på empiriska erfarenheter och teoretiska reflektioner. Hur ska man då validera den nya verksamhetsmodellen? Här är tre förslag på bedömningskriterier:

- Är beskrivningen av den nya verksamhetsmodellen rimlig och relevant?
- Hjälper oss modellen att agera effektivt mot ”nästa vårdsystem”?
- Är budskapet tillräckligt sammanhängande, övertygande och tilltalande?

5.3 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Patientperspektivet i denna rapport har aktualiserat ett stort antal mer eller mindre nya typer av samarbetskapande arrangemang som hittills är ganska sparsamt utprovade i vårdssystem. Några exempel på detta är: Ett system för professionell självkontroll, gränsöverskridande processutvecklingsteam,

operativa och strategiska dialoger, utvecklingskontrakt, nya karriär-och belöningsystem, processorganisation för patientgrupper, MOEL-resultat, virtuell (i stället för vertikal) integration. För vart och ett av dessa arrangemang krävs ytterligare kunskap och alltså behöver nya forskningsfrågor definieras och utvecklas.

Denna forskning lämpar sig inte för traditionell hypotestestning då det är en hel referensram som ska utprovas och utvecklas, en ram som syftar till mer effektiv praktik. Här följer några ytterligare och kompletterande exempel på viktiga frågeställningar och där jämförelseobjekten generellt både finns inom och utanför vårdsektorn:

- Patientens roll i vården är en central frågeställning. Vilka dimensioner och metoder kan identifieras när det gäller att mobilisera rollen som medskapare och vilka förefaller vara de mest produktiva?
- Nuvarande styr- och organisationsprinciper för svensk hälso- och sjukvård har i princip varit oförändrade i mer än ett halvt sekel och de förändringar som skett har gjorts inom systemets yttre ramar. Klinikstrukturerna vid våra sjukhus är på flera ställen alltså uppbyggda utifrån läkarspecialiteterna och deras indelning i organ. Vad kan man lära av de som sedan länge arbetat med processorganisation, till exempel när det gäller att arbeta i olika typer av team och ut/och omforma processer. Eller vad kan vi lära av dem som låtit processdimensionen dominera över funktionsdimensionen i en slags matrisstruktur? Finns några intressanta experiment inom vårdsektorn som underlag för egna utprovningar?
- Vi står inför nya parallella organisationsformer i vårdsystemen. Istället för den grova distinktionen mellan slutna och öppna vård ställs krav på att fokusera lokala patientgrupper som "mest sjuka äldre" men också alltmer koncentrerad högspecialiserad vård av till exempel cancerpatienter. Det diskuteras också lokal akutsjukvård och alltmer globaliserad kroniker- och elektiv vård. Var finns lärdomar att hämta för denna utveckling?
- Vilka alternativa möjligheter att utveckla en kostnadseffektiv infrastruktur som stöd för processutvecklingsteam kan identifieras? Kan vi till exempel lära något av läkemedelsbranschens erfarenheter?
- När ska man övergå från en explorativ radikal förändringsstrategi till en mer planerad- och hur ska det gå till? Vad kan man till exempel lära av Microsofts och Dells utvecklingsstrategier?
- Vilka fallgropar och risker finns med aktionsforskarens forskningsmetoder? Och hur kan de minimeras?
- Eftersom den traditionella anslagsbudgeteringen vare sig uppmuntrar till yttre ("patienten står redan i centrum") eller inre ("vi behöver bara mer resurser") effektivitet, bör man initiera och genomföra experiment med uppföljningar utifrån förutbestämda MOEL-resultat, där man budgeterar genom att precisera förväntningar på resultat för patientgruppen och där man fastställt ersättningsnivån. Syftet bör vara

att bättre förstå alla de dimensioner av krav som ställs vid övergången från enskilda utbudspunkter som kostnadscentra till processutvecklingsteam.

- Det finns ett behov av att göra en global kartläggning av sociala innovationer i vården. I vården ligger naturligtvis huvudfokus på biomedicinska innovationer, men det finns idag all anledning att även fokusera sociala innovationer, bland annat eftersom skalfördelar i den nya verksamhetsmodellen mer ligger i management än i produktion. Många känner till exempel till vilket genomslag ”fem steg för att undvika infektioner” fick. En annan social innovation, stimulerad av den nya informationsteknologin, har varit att samla experter som kunde tolka röntgenbilder på distans. I denna rapport har ett exempel på virtuell integration getts. Det finns här anledning att särskilt förstå vad som bidrar till att vissa innovationer tycks spridas snabbare än andra.

Framtida behov av forskning är med andra ord stort. Allt realiseras inte heller över en natt, utan mycket av utvecklingen som ovanstående frågor indikerar är av långsiktig art och innehåller både stegvisa som mer radikala förändringar. Onekligen står forskningen om vårdsystem inför en utmanande, men spännande framtid.

REFERENSER

- Andersson, R., Bergkvist, T och Bruzelius, L., et al. (1982). *Krävande företagsledning – när handboken inte räcker till*. Liber.
- Anell, A (2004) Medicin och samhälle. *Läkartidningen* nr 14:2004, volym 101.
- Argyris, C och Schön, D. (1978). *Organizational Learning*. Reading, Addison-Wesley Single Loop Learning.
- Blomgren, M., och Lindberg, K. (2009). *Mellan offentligt och privat i hälso- och sjukvården*. Santérus Academic Press, Sweden.
- Bondevik M. och Nygaard, H.A. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*, (Red). Lund. Studentlitteratur.
- Borgquist L, Lind J-I, Svarvar P (1998) *Från PAR-sjukhus till vårdkedjor*. Kefus skriftserie 1998:3.
- Brorström, B. (2001) *Kontinuitet och förändring – förutsättningar för och mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Göteborgs universitet, Utvärderingsprogrammet Västra Götaland, Rapport 8.
- Brorström, B. och Siverbo, S. (2004). Deeply Rooted Traditions and a Will to Change. *Journal of Economic Issue*.
- Calltorp J. (1989). *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor: Några drag i de senaste decenniernas hälsopolitik*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Carlström, E. (2005). *I skuggan av ÄDEL – om integrering i kommunal vård och omsorg*. Göteborg, Förvaltningshögskolan.
- Cederqvist, J.(Red), 2008). *Recept för vården; Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. SNS Förlag.
- Challis, D. (1992). Community Care to Elderly People: Bringing together Scarcity and Choice, Needs and Costs. *Financial Accountability and Management*. No.2, Summer,77-95.
- Drucker, P.F. (1986). *Innovation and Entrepreneurship*. New York: Harper och Row.
- Drucker, P F (1993). *The post-capitalist society*. Oxford: Butterworth/Heinemann Ltd.
- Drucker, P F(1999). *Management Challenges for the 21st century*. New York: Harper Business.
- Edgren, J., Rhenman, E och Skärvad, P-H. (1983). *Divisionalisering och därefter: erfarenheter av decentraliserad organisation i sju svenska företag*. Management Media.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, continuities and consequences. *Comparative Sociality*, 8, s. 247-266.
- Freidson E (1989). *Profession of Medicine*. Chicago: Aldine.
- Fölster S, Hallström O, Morin A och Renstig M. (2003). *Den sjuka vården. En granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Stockholm: Ekerlids Förlag.

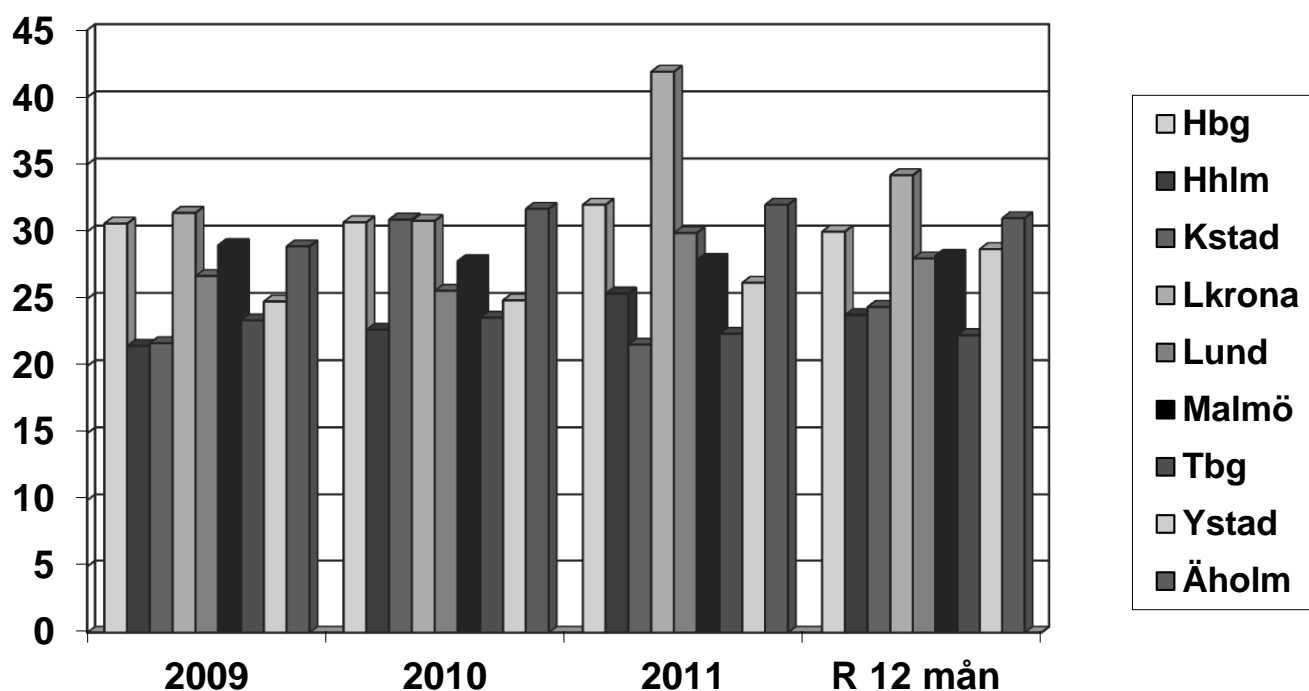
- Hallin, B. och Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammer, M. (1996). *Beyond Reengineering. How the process-centered organization is changing our work and our lives*. London: Harper Collins Publishers.
- Kaplan, R.S., & Porter, M.E. (2011). How to solve the cost crises in health care. *Harvard Business Review*, September, 47-64.
- Katzenbach, J. R. och Smith, D. K (1993). The Discipline of Teams. *Harvard Business Review*, 71 (2): 111-121.
- Kylhammar, M. (2010). *Pojken på vinden – filosofiska essäer*. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Landstingsförbundet (2002). *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992-2000*. Landstingsförbundet: Stockholm.
- Levin, B. och Normann, R. (2000). *Vårdens chans – en modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Stockholm: Ekerlids förlag.
- Lind, J-I och Rhenman, E (1989). The SIAR School of Strategy Management. *Scandinavian Journal of Management*; 5 (3): 167-176.
- Lind, J-I och Hellström, C. (1996). *Organisatorisk inläring – nya perspektiv på omprövning i svensk samhällsservice*. Liber-Hermods.
- Lind, J-I. (2000). Vår organisationsteori – ur spänningsfältet mellan det partikulära och det universella i R H Carlsson (red.) *Strategier för att tjäna pengar*. Stockholm: Ekerlids förlag.
- Lind, J-I och Skärvad, P-H (2004). *Nya Team i organisationernas värld*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Lind, J-I (2006). *Att utveckla närvårdssystem*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.
- Lind, J-I., och Teurneau, T. (1993). *Kommuner som marknadsskapare. Systemskifte i praktik och teori*. Forskningsrapport till Institutet för Ekonomisk Forskning, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet.
- Lind, J-I., (2010). *Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll*. Lund: Studentlitteratur.
- Lind, J-I., (2013). Företagsekonomiska perspektiv på uppföljning i vårdssystem. Ur *Kvalitetssäkrad välfärd: Sex röster om uppföljning och utvärdering*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Lindberg, K. (2004): *Tidningen Äldrecentrum, nr 4*.
- Nordén, H. (2008). *Kunskap att hämta. Brukarmedverkan för en bättre psykiatri*. Stockholm: Gothia.
- Normann, R. (2001). *När kartan förändrar affärslandskapet*. Malmö: Liber Ekonomi.
- O'Reilly III, Charles A. och Tushman, M. L. (2004). The Ambidextrous Organization *Harvard Business Review*, April.

- Persson, J; Rydén, S. (2003). Medicin och samhälle. *Läkartidningen* nr 41. volym 100.
- Pollitt, C., & Sorin, D. (2011). The impacts of the new public Management in Europe: A meta-analysis. *Paper at EGPA Annual Conference*, Bukarest 7-9 september.
- Putman, R.D. (1993/1996). *Den fungerande demokratin. Medborgarandans rötter i Italien*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rhenman, E. (1969). *Centrallasarettet*. Lund: Studentlitteratur.
- Rhenman, E. (1975). *Systemsamhället. Om organisationsproblem i samhället*. Stockholm: Aldus.
- Rundgren, Å och Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund. Studentlitteratur.
- SIAR Bossard (1995). SLLHS-HSN Stockholmsmodellen – kärnan och attributen.
- Socialstyrelsen (2002a). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm: Socialstyrelsen slutrapport.
- Socialstyrelsen (2002b). *Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* Socialstyrelsen: Stockholm slutrapport.
- Socialstyrelsen (2003b). *Kartläggning av närsjukvård – En underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Svalander, P-A. (2002). *Om primärvårdens domän och strategier*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2004). *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och landstingsförbundet.
- Sverige Kommuner och Landsting. (2005). *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Twaddle, A.C. (2002). *Health Care Reform Around the World*. Greenwood publishing group.
- Ulfsson Eriksson, Y. (2012). *Yrke*. Liber.
- Weber M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. William Hodge.
- Vos, L. Chalmers, S. E., Dücker, M.L.A., Groenewegen, P.P., Wagner, C och van Merode, G.G. (2011). Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review. *Implementation Science* 2011, 6:8.
- Ågren, B. (1999). *Vårdkedjan*. Studentlitteratur, Lund.
- Øvretveit, J. (2009). *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. The Health Foundation.

BILAGA 1

Patientresultat

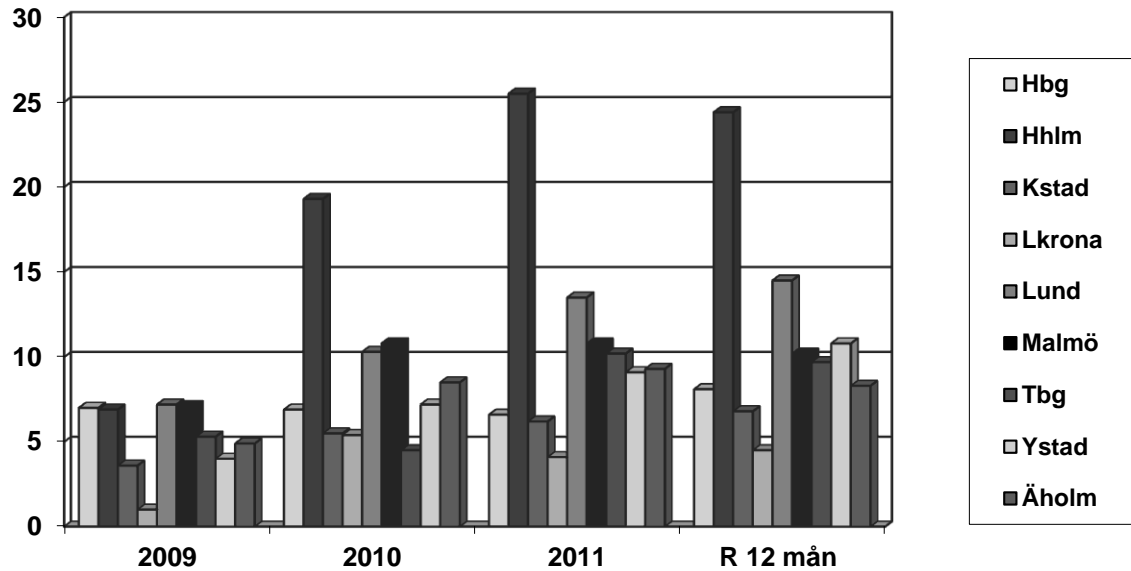
ADL-oberoende, helhetsresultat (%)



Team	2009	2010	2011	R1mån (april 2011-mars 2012)
Hbg	7,0	6,9	6,6	8,1
Hhlm	6,9	19,3	25,5	24,4
Kstad	3,6	5,5	6,2	6,8
Lkrona	1,0	5,4	4,1	4,5
Lund	7,2	10,3	13,5	14,5
Malmö	7,1	10,8	10,8	10,2
Tbg	5,3	4,5	10,2	9,7
Ystad	4,0	7,2	9,1	10,8
Äholm	4,9	8,5	9,3	8,3

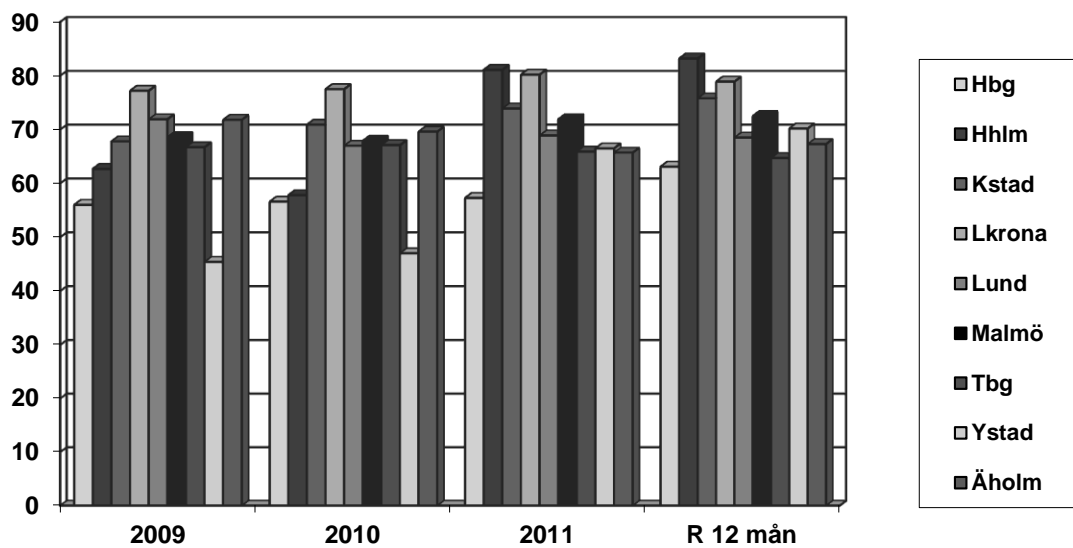
Trombolys/trombektomi, delprocessresultat (%)

R 12 månader = april 2011 – mars 2012



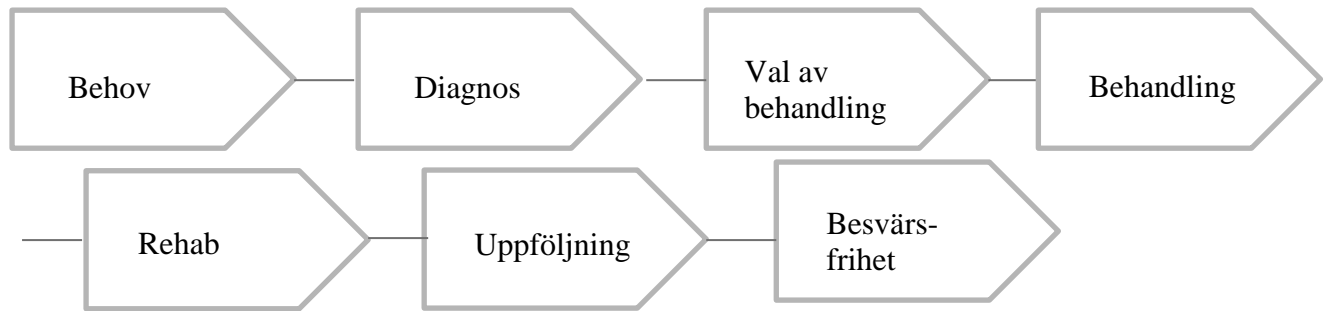
Direktinläggning på strokeenhet (%)

R 12 månader = april 2011 – mars 2012

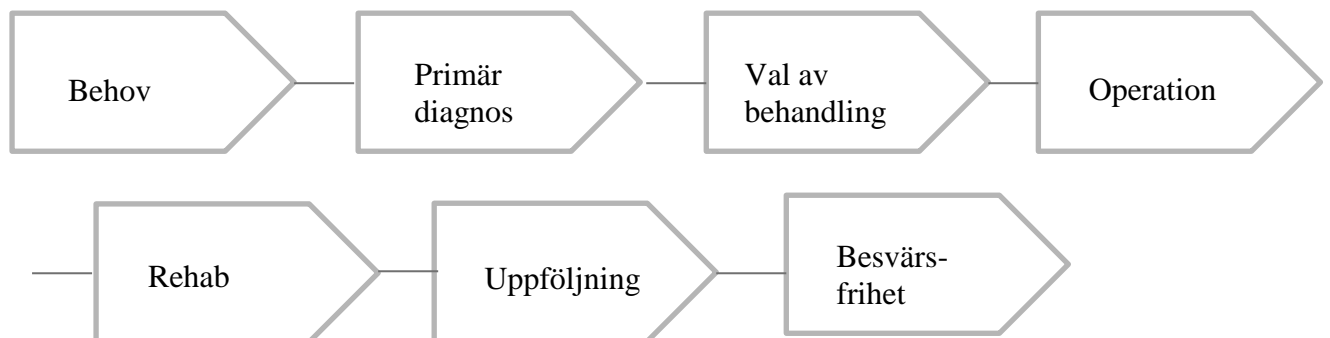


Exempel på patientprocesser

Stroke



Artros/Ledplastik

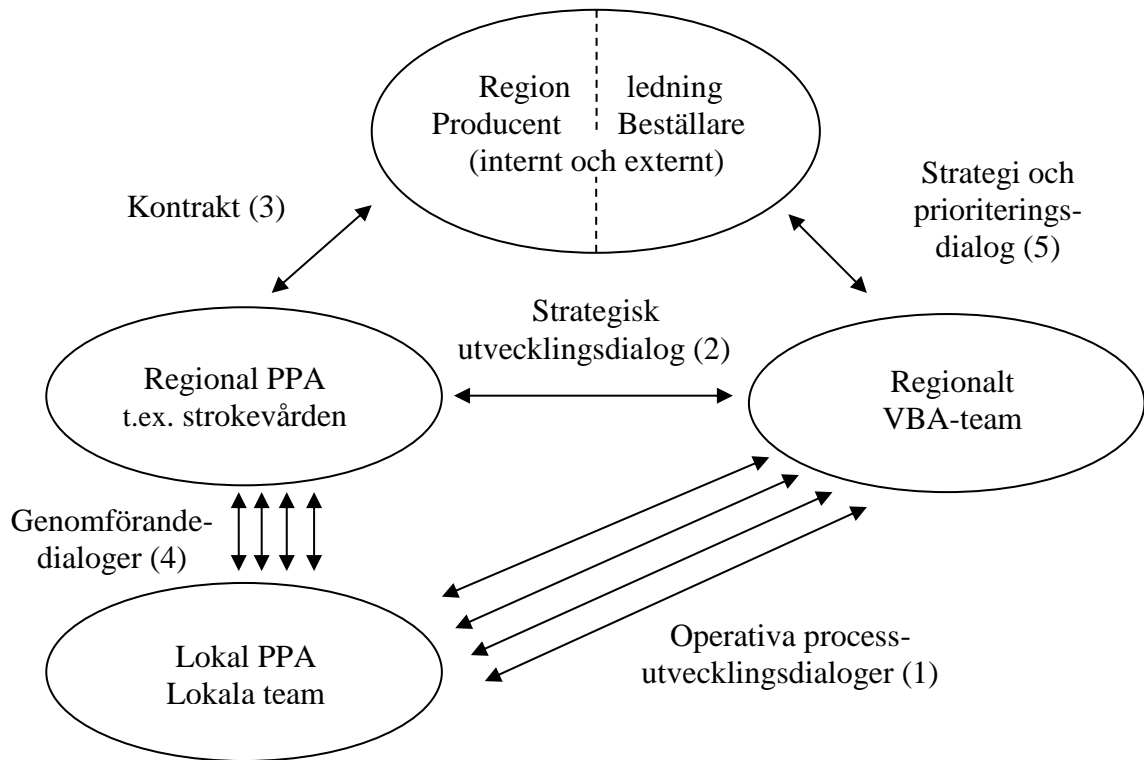


Exempel på patientfokuserad ersättningsmodell

Kvalitet \ Kostnad	Högre	Ok	Lägre
Lägre	Belöning	Belöning	Investering i kvalitetsutveckling.
Ok	Belöning	X%* ADL-oberoende= Y kronor	Kvalitetsutveckling
Högre	Trimma kostnader	Rationalisering	Ifrågasätta/avveckla

Figur. Patientfokuserad ersättningsmodell. Ett förslag till ersättningsmodell med strokeprocessen som exempel. *) Kan eventuellt kompletteras med något värde på delprocess, t ex Z% direkt till strokeenhet.

Ett exempel på system för kontraktbaserad professionell självkontroll



Figur. Ett exempel på system för kontraktbaserad professionell självkontroll

Styrkor och svagheter i tidigare styrmodeller

Ingen förändring startar från nollpunkten. Det gamla har praktiskt tagit alltid element som på något sätt kan utnyttjas i en ny kontext. I detta fall är det en verksamhetsmodell. Nedanstående tabell ska läsas enligt följande, med Skånsk Livskraft som exempel: Ett + var patientfokus och/ ett – var att man trodde att detta skulle genomföras automatiskt i den då aktuella linjeorganisationen. En alternativ möjlighet vore att skapa en ny linje där huvudfokus låg på de stora patientgrupperna snarare än på de stora sjukhusen.

Den högra kolumnen kan ses som en summering av den nya verksamhetsmodellen som presenteras i föreliggande rapport.

Koncept	Resultat +/-	Alternativ möjlighet
Dalamodellen	Behovsfokus/ Befolkningsområden	Bryt ner till patientgrupper
BUM-modeller	Tydligare uppdrag/ Administrativ huvudfokus	Värdeskapande beställare i nytt system för professionell självkontroll
Entreprenader och privatisering	Tillfälligt lägre kostnader/ Få innovationer	Krav på förbättringar och Förnyelse
Skånsk Livskraft	Patientfokus/ Genomförande i dagens linje	Skapa en ny processororienterad linje med fokus på stora patientgrupper
Processorganisation på HLD i Lund	Patientprocesser i fokus/ Innanför sjukhusets väggar	Gränsöverskridande Patientprocesser
Hilma, Ester, Nisse etc	Patientfokus/ ”Projektsyndrom”	Bygga in kontinuitet i resultatuppföljning
Strokepiloter	Kvalitetsfokus/ Oklar kostnadsbild	Nya relationer mellan kvalitet och kostnader genom MOEL resultat
Valfrihetsreform	Ökat utbud och tillgänglighet/kapacitetsproblem och mest sjuka äldre	Identifiera och följ upp ”mest sjuka äldre”

Figur. Styrkor och svagheter i tidigare styrmodeller.

KEFU SKRIFTSERIE

Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd) (2012:3)

Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen (2012:2)

Framtidens ledningssystem för skola och förskola - från mål- och resultatstyrning till systematisk utveckling och lärande (2012:1)

Flerdimensionell styrning – några iakttagelser från elva landsting och en region. Rapport 2010:1

Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Rapport 2009:1

Vårdval i primärvården – modeller och utvecklingsbehov. Rapport 2008:1

Skånsk livskraft – förändring av styridé och styrprinciper. Rapport 2007:2

Ekonomens många ansikten – ekonomer i kommuner, landsting och regioner. Rapport 2007:1

Allt mer omöjliga kommunala uppdrag – Hur offentliga organisationer kan bryta onda kostnads-, förändrings- och ohälsocirklar. Rapport 2005:2

Om vikten av kvalitet – en studie av förändring i den svenska hälso- och sjukvården. Rapport 2005:1

Socialt kapital och industriell förnyelse i skånska kommuner 1987-2000. Rapport 2004:1

På spaning efter kommunal utvecklingsförmåga – lärdomar från världens bäst styrda kommun, Rapport 2003:2

Den lokala politikens fragmentering – orsaker till och effekter av medborgarengagemang vid kommunindelningar och uppkomst av nya partier, Rapport 2003:1

Regionala förändringsledare och produktiva växtkulturer – en teori om villkor för förnyelse i regionala ekonomier, Rapport 2002:1.

Sjukvård i gränslandet – att förena en kvalitativ vård med vinstintresse, Rapport 2001:1

Ekonom i sikte – bilder av ekonomen i Sveriges kommuner och landsting, Rapport 2000:3.

Bättre patientresultat med professionell självkontroll

Huvudsyftet med denna rapport är att beskriva en ny verksamhetsmodell, inklusive bakgrund och utprovning, för hälso- och sjukvården och öka förståelsen för de dilemman som aktualiseras vid omställningen från dagens etablerade och producentfokuserade verksamhetsmodell till en ny och mer patientfokuserad. Den samlade hälsovården, sjukvården och hemsjukvården inom ett territorium definieras här som ett vårdsystem. Rapporten baseras på en längre aktionsforskningsprocess vars utgångspunkt har varit att bidra till förbättringar i sättet att arbeta, leda och styra i svenska vårdssystem.

Rapporten består av två delar. Den första delen, *En patientfokuserad verksamhetsmodell*, handlar om aktionsforskningsprocessens resultat. Här presenteras en generell patientfokuserad verksamhetsmodell som bättre än dagens producentfokuserade svarar mot strukturella utvecklingstendenser i omvärlden och hos vårdprofessionella i vårdsystemen. Det är en verksamhetsmodell som både utger sig för att vara begreppsmässigt konsistent och möjlig att ”översätta” till en konkret arbetsmetod för kontinuerlig resultatutveckling. Rapportens första del förväntas vända sig till en bredare läsekrets av de som är engagerade i vårdstrategiska och organisatoriska frågor.

Rapportens andra del, *Verksamhetsmodell under framväxt och utprovning*, handlar om aktionsforskningsprocessen och den metodik varigenom begreppsrampen och resultatutvecklingsmetoden har utvecklats. Om stilen i första delen har karaktären av manifest eller resonerande essä så följer stilen i rapportens andra del en mer traditionell samhällsvetenskaplig presentationsform. Här presenteras både metodologiska och teoretiska utgångspunkter och verktyg. Vidare beskrivs erfarenheter, tolkningar och normativa slutsatser av en omfattande pilotstudie av all strokevård i Region Skåne under flera år. Rapportens andra del förväntas ha störst intresse för ”närmast berörda”, både inom praktik och forskning kring management och organisation av vårdsystem.

KEFU SKRIFTSERIE 42
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-42_SE

KEFU
BOX 7080
220 07 LUND
Tel: 046-222 78 20
www.kefu.se