

Praktik, etik och ekonomi

vid fyra kliniker inom Stockholms läns landsting

Hans De Geer & Jan Tullberg

Företal

Denna undersökning är genomförd på uppdrag av Stockholms läns landsting, Beställarkontor Vård. För en närmare beskrivning av bakgrunden till uppdraget och dess genomförande hänvisas till den sammanfattande rapport, som inleder denna volym, och till den rapport. [Titel], som redovisar hela Värdegrundprojektet.

Under projektets första år var bägge författarna knutna till Centrum för Etik och ekonomi (CEE) vid Handelshögskolan i Stockholm, Hans De Geer som professor och föreståndare och Jan Tullberg som forskare. CEE upphörde 2005. Detta projekt kom därmed att slutföras inom ramen för de egna företagen Idé&Norm AB respektive Kompetensutveckling AB.

Författarna/forskarna har i huvudsak arbetat tillsammans i projektet. Under det inledande året besöktes alla kliniker av forskarna gemensamt och bägge var närvarande vid alla intervjuer. Under de senare faserna av fältarbetet delades intervjuerna upp mellan forskarna, men på sådant sätt att bägge har arbetat med alla klinikerna under alla faserna. Rapporterna från klinikerna är ett gemensamt arbete och återkoppling har skett till klinikerna.

Temarapporterna är också att betrakta som resultat av gemensamt arbete, men som en precisering kan nämnas att en första version har skrivits av Jan Tullberg rörande temana Prioriteringar , Ekonomistyrning respektive Fusioner medan Hans De Geer svarat för en första skrivning rörande Organisation, Skarvanalys, respektive Förändringstryck. För slutversionerna, som här presenteras, bär vi dock ett gemensamt ansvar.

Förförståelse

Ingen av de i studien deltagande forskarna har sin professionella bakgrund i hälso- eller sjukvården. Vi har heller inte tidigare haft anledning att studera vårdens organisation och ledning. Vår erfarenhet kommer från forsknings- och utvecklingsarbete kring företags- och organisationsetik i andra delar av den offentliga sektorn och det privata näringslivet. Vi ser på sjukvården ur ett utifrånperspektiv. I vissa avseenden kommer vi att beskriva den med andra ord än vårdens personal själva använder. Vår empiriska grund är studiet av de enheter som mer noggrant presenteras nedan.

Tack

Vi vill gärna framföra ett tack för det förtroende som under arbetets gång visats oss, dels av våra uppdragsgivare vid HSN, främst projektledaren Gunnel Blomgren, dels av våra informanter vid de enheter som vi studerat. Vi har också uppskattat de samtal som vi under projektets gång haft i den s k metagruppen med kollegerna inom Värdegrundsprojektet. Deras synpunkter och erfarenheter har positivt bidragit till det resultat av vårt projekt som här läggs fram.

Sammanfattande rapport

Inledning

Praktik, etik och ekonomi är en delstudie knuten till policydokumentet Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Vi har studerat sex enheter som, medan undersökningen pågick, genom två sammanslagningar har blivit fyra: en vårdcentral, en specialistklinik, två geriatriska kliniker (som under projektets gång fusionerats) och två kirurgkliniker (som också slagits samman). Studiens inriktning och design har efterhand stämts av med uppdragsgivaren och med ledande personer i landstinget. Iakttagelser och reflektioner har avrapporterats vid dessa tillfällen.

Syfte

Syftet med studien är för det *första* att studera införlivandet av policydokumentet i den lokala organisationen. Vi belyser också de värderingar som kommer till uttryck hos ledare och medarbetare samt aspekter som rör organisation och ledarskap. För det *andra* diskuteras ekonomistyrningen i relation till Värdegrunden. Den *tredje* aspekten rör komplexiteten vid sammanslagning av verksamheter. Hur hanteras värdegrundsarbetet när kliniker fusioneras? Vilken roll skulle dialog kring etik och värderingar kunna spela i en sådan process?

Förslag

På grundval av de resultat och erfarenheter som kommer att presenteras i denna rapport föreslår vi följande åtgärder när det direkt gäller det fortsatta arbetet med att införliva Värdegrunden i hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting:

- Policydokumentet bör *återlanseras* på bred front i organisationen för att säkerställa att både dokumentets innehåll och processen kring värdegrunden är väl kända av personalen.
- I det sammanhanget bör man överväga om innehållet i den hälso- och sjukvårdsetiska plattformen bör *kompletteras* t.ex. utifrån ett globaliserings- och hållbarhetsperspektiv.

- Anknytning av en värdegrund till ett ledningssystem innebär i regel ett *processfokus*. Den av oss rekommenderade organisatoriska processen när det gäller att vidmakthålla etisk kompetens är rationell dialog i en bredare grupp av intressenter.
- Produktionsenheterna bör inom en *fastställd tidsram* utifrån Värdegrunden formulera normer för sin verksamhet. Dessa kommuniceras med uppdragsgivaren och införlivas in i avtal och överenskommelser.
- Utifrån dessa normer ska verksamhetsansvariga inom en i sin tur *fastställd tidsram* utarbeta lokala handlingsregler. Hanteringen av de lokala handlingsreglerna knyts till existerande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- System bör utvecklas för *uppföljning* av Värdegrundens intentioner, både inom ramen för ledningssystemet och inom ramen för ekonomistyrning.
- Att lokala handlingsregler och etiska processer finns i en verksamhet bör vara en förutsättning för att få den *auktorisering* av vårdgivare som föreslås i samband med Vårdval Stockholm.
- Arbetet med Värdegrunden för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting bör liksom annan verksamhet *utvärderas* av oberoende observatörer.

Bakgrund

Värdegrunden

Landstinget antog i juni 2002 policydokumentet ”Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting” som en del i utvecklingsprocessen kring ”Att stärka patientens ställning”. Politikernas intentioner med Värdegrunden beskrivs ingående i kapitel x. Värdegrunden ska ”utgöra en grund för hela hälso- och sjukvårdsverksamheten på ett övergripande plan” och dess kvalitetskrav ”ska skrivas in i förfrågningsunderlag, överenskommelser och avtal.”¹

Värdegrunden består av två delar. Den första är ett policydokument som fastställer en *vision* för hälso- och sjukvården, fyra *grundläggande värden* – människovärde, hälsa, omsorg och rättvisa – och ett antal *principer* baserade på dem. I den andra delen presenteras en metod att arbeta med etik och värderingar i stora som små organisationer.

De grundläggande värdena bygger på och utvecklar redan befintliga regelverk. Dit hör hälso- och sjukvårdslagen, riksdagens ställningsstagande till prioriteringsutredningens förslag, det synsätt som företräds av Världshälsoorganisationen och FN samt andra dokument av betydelse för det svenska hälso- och sjukvårdsarbetet. Vårdprofessionernas etiska riktlinjer har också varit viktiga i arbetet med att utforma policydokumentet.

Avsikten är att varje verksamhet utifrån Värdegrunden genom dialog ska utarbeta normer och lokala handlingsregler, som speglar den speciella verksamhetens villkor och där uppkomna prioriteringsdiskussioner. Detta förutsätter, enligt vårt sätt att se, en lokal tolkning. När man i verksamheter formulerar sina handlingsregler kan man också i dialog med beställaren specificera enligt vilka kriterier man ska bli bedömd och jämförd med andra liknande verksamheter. Lokal praxis bör emellertid inte avvika från Värdegrunden utan ses som preciseringar inom dess ram. Såvitt vi känner till har det inte närmare prövats om lokala regler hamnat utanför denna ram.

Beslutet i juni 2002 i Landstingsfullmäktige är en utfästelse till länets invånare om etiska kvaliteter i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som är offentligt finansierad. Att besluta om en sådan utfästelse ökar kraven på dialog och uppföljning i verksamheten. Också beställaren

¹ Landstingsstyrelsen 0205-0254

har ett ansvar. Hur väl har landstingets beställarorganisation kommunicerat Värdegrunden till de olika utförarna i vården? I vilken utsträckning har man frågat efter vilka åtgärder som vidtagits på lokal nivå för att följa upp Värdegrunden?

Att implementera en policy

Tillämpning, eller implementering, av beslut i en organisation – vi talar nu inte specifikt och hälso- och sjukvården – är inte en helt enkel eller självklar process. Bland organisationsforskare finns de som hävdar att en stor organisation kan behöva frikoppla verksamhetsnivån från policynivån.² Policyuttalanden är svar på frågor, eller löser problem på policynivå, t.ex. avvägningar mellan olika maktgruppers intressen. Men de kan skapa problem på verksamhetsnivå om de tolkas bokstavligen. Å andra sidan visar erfarenheter från senare år att en bristande överensstämmelse mellan policy och praxis kan minska omvärldens förtroende för verksamheten. Det gäller med andra ord att leva som man lär. Kraven på transparens i såväl offentlig som privat verksamhet växer.³

För tydlighetens skull är det viktigt att avsändaren av ett policy-dokument manifesterar sin avsikt med dokumentet. Uttrycker det en målsättning, dvs. en utfästelse att avsändaren strävar i den riktning som principerna pekar ut? Eller uttrycker de en standard, dvs. en utfästelse att de nämnda principerna faktiskt tillämpas i verksamhetens olika delar? Eller skall de förstås som en utgångspunkt för jämförelser med liknande verksamheter på andra håll, dvs. en grund för benchmarking? En tydlighet i detta avseende påverkar hur det fortsatta arbetet med policydokumentet kommer att bedrivas. Det är inte tillräckligt med en hänvisning till gällande författningar och formella regler. Det är inte heller tillräckligt med hänvisningar till avsikten bakom tillkomsten av regelverket. Det är vad man fortlöpande gör som räknas: processer och uppföljning.⁴

Ekonomistyrning

Den andra aspekten i delstudien är förhållandet mellan Värdegrunden och ekonomistyrningen i verksamheten. En bakgrund till denna frågeställning måste sökas i ett vidare perspektiv. Förhållandet mellan ett ekonomiskt och ett humanitärt perspektiv hör till de klassiska diskussionsfrågorna. Den är fortsatt lika aktuell. På den ena sidan finns de, som hävdar att varken individuell omsorg eller det allmänna bästa egentligen kan förenas med ett strikt

² Meyer&Rowan 1977; Brunsson 1989

³ Zapata Johansson 2002

⁴ Se t ex Crane&Matten 2004

ekonomiskt synsätt, där begrepp som effektivitet och vinst är viktiga. På den andra sidan finns de som påpekar, att också den allmänna verksamheten måste präglas av hushållning med resurserna – effektivitet – och långsiktighet i den ekonomiska förvaltningen, dvs. med krav på avkastning på insatt kapital.⁵

Ekonomistyrning kan förstås på två sätt. För det *första* är det frågan om hur ledningen kan styra en verksamhet med ekonomiska styrmedel, incitament och kontroller. För det *andra* är det frågan om i vilken utsträckning ekonomiska perspektiv hos medarbetarna präglar verksamheten.

Fusion

Sammanlagning av snarlika verksamheter är sedan länge en etablerad metod för att rationalisera en verksamhet, nå skalfördelar eller förbättra sin marknadsposition. Det kan avse förändringar inom ramen för en organisation eller mellan självständiga enheter.

Sammanlagningar – ofta använder man termen fusioner – kan vara önskade och välkomna av parterna, men de kan också tvingas på dem t.ex. av (nya) ägare. I det sistnämnda fallet talar man om fientliga övertaganden.

Det finns relativt mycket studier och erfarenhet från fusioner i näringslivet, som betonar vikten av att noggrant uppmärksamma värderingarnas roll i förloppet. Olika företagskultur kan omintetgöra planerade fusioner. Ett ofta anfört exempel är sammanslagningen mellan Telia och norska Telenor, som anses ha strandat på skiljaktigheter i värderingarna på ledningsnivå. Men också när det gäller genomförda fusioner spelar värderingarna en ofta förbisedd roll. En spridd uppfattning bland organisationsforskare är att ca två tredjedelar av de genomförda fusionerna inte medför de resultat som ställts i utsikt, bland annat på grund av att skiftande värderingar i organisationerna inte har beaktats tillräckligt noggrant.⁶ Givetvis finns det också positiva exempel från andra verksamheter som landstinget kan dra lärdomar av. Sammanslagningen av Astra och Zeneca anses ha varit en väl fungerande fusion. Där gavs de faktiska och de önskvärda värderingarna hos personalen en stor uppmärksamhet. I vår studie ingår två nyligen genomförda fusioner inom landstinget och de erfarenheter som då gjordes har rimligtvis extra relevans för framtida beslut.

⁵ För en allmän diskussion av detta tema se Lundquist 1998. För en diskussion av vinsttemat i vården se Söderström&Lundbäck 2000

⁶ För en översikt av forskningen kring fusioner och deras legitimitet i medarbetarnas ögon, se Frostenson 2006.

Delstudiens upplägg

Urvalet av kliniker har gjorts av uppdragsgivaren i samråd med verksamhetsledningen och de fackliga organisationerna för att få vad man bedömt vara potentiellt lärorika fall.

Studien har löpt över tre år och omfattat tre faser. Det *första året* etablerades ett utgångsläge. Det innebär att vi på varje enhet gjorde följande:

- intervjuer med ledningsgruppen och med ett urval representanter för olika yrkeskategorier,
- en enkätundersökning med en större grupp anställda,
- genomgång av relevant skriftligt material,
- en skriftlig rapport, samt
- återkoppling till klinikledningen, till forskningsstudiens s.k. ”metagrupp”, och till landstingets ledning. Vid en av klinikerna gavs en återkoppling till hela personalen.

Under det *andra året* följdes iakttagelserna upp genom ett mindre antal – ca 10 – intervjuer på varje enhet. Vi kunde därmed hålla kontakt med utvecklingen på enheterna i relevanta avseenden. Iakttagelserna återrapporterades till klinikledningarna.

Det *tredje året* upprepades momenten från den första fasen och i samma omfattning. Preliminära iakttagelser och resultat har därefter återförts till de undersökta enheterna, till metagruppen och till ledande tjänstemän.

Vid det inledande mötet med klinikledningen på varje enhet framförde vi önskemål intervju representanter för de fackliga organisationerna och med eventuella ”eldsjälar”, dvs. personer som särskilt brann för etikarbetet.⁷

Vi begärde sedan hjälp att ur enhetens olika professionella grupper *slumpmässigt* välja ut och kalla medarbetare till våra intervjuer. De, som valts ut på detta sätt, fick anteckna sig på ett schema för intervju. De hade naturligtvis också möjlighet att avstå, men bara

⁷ Rörande begreppet eldsjäl i organisatoriska sammanhang, se Philips 1988. Det används också i ett pågående avhandlingsarbete i industriell organisation vid KTH av Kristina Palm.

någon enstaka har gjort det av principiella skäl. I några fall fick den utvalda informanten på grund av omständigheterna ersättas med en annan person ur samma personalgrupp. Någon intervju fick av praktiska skäl genomföras per telefon.

Intervjuerna hade en semistrukturerad karaktär och varje samtal pågick ca en timme. Samtalen har haft en huvudinriktning på faktiska normer och värderingar vid enheten. Dit hör ansvaret för etik i vårdarbetet, förekommande dialog om etik och etiska dilemman, praktiska förutsättningar för sådana – inklusive införlivandet av Värdegrunden – prioriteringar i arbetet, ekonomi och ekonomiskt medvetande samt normativa kommentarer om styrkor och svagheter i organisationen och dess värderingar.

Vi har, förutom klinikernas/enheternas personal, också intervjuat tjänstemän inom landstinget, huvudsakligen vid beställarfunktionen.

Intervjuerna dokumenterades genom samtidiga anteckningar, som senare skrevs ut till minnesanteckningar. Bägge forskarna deltog vid varje enhet i var och en av de tre faserna. Under den första fasen deltog vi båda vid samtliga intervjuer vid vårdcentralen. Under de senare faserna fördelades intervjuerna lika mellan oss. Våra rapporter har återförts till de undersökta klinikerna.

Totalt har 205 intervjuer och diskussioner genomförts, 102 i fas 1, 36 i fas 2 och 67 i fas 3. Mellan klinikerna har de fördelats så att 41 intervjuer har genomförts vid vardera primärvårdsenheten och specialistkliniken, 61 vid den geriatriska kliniken samt 62 vid kirurgkliniken.

Enkäterna har distribuerats till all personal vid de två mindre enheterna (vårdcentralen respektive specialistkliniken). Vid de geriatriska klinikerna skickades enkäter till all personal med anknytning till en av avdelningarna. Vid den kirurgiska kliniken gjordes ett slumpvis urval över hela kliniken. Enkäterna, som självklart har varit anonyma, sändes ut per internpost och lämnades in i slutet kuvert. Vid något tillfälle besvarades enkäten i samband med ett personalmöte. Svarsfrekvensen har varit godtagbar, utom vid ett tillfälle då de flesta utvalda inte besvarade enkäten.

De specifika frågorna i enkäten grupperades kring följande rubriker: Personligt, Kliniken, Generella bedömningar, Landstinget, Synpunkter på Värdegrunden, samt Andra bedömningar. Därutöver fanns två öppna frågor, som sökte fånga upp förbisedda ämnen och ge möjlighet att uttrycka speciella synpunkter. Gruppen ”Andra bedömningar” är frågor som lades till den ursprungliga enkäten och därför endast besvarades när enkäten genomfördes i fas 3. Frågorna är huvudsakligen överensstämmande, med en viss anpassning till de olika klinikerna.

Enkäterna har designats och bearbetats enligt gängse *kvantitativ* metodik. Det finns emellertid skäl att understryka att vårt övergripande mål inte har begränsats till att finna det generella. I en kvantitativ undersökning, som bearbetas statistiskt, är det i regel det typiska som man vill identifiera. Man vill veta var de flesta observationer ligger på en skala eller kunna bestämma medelvärden (det typiska) i en population. Hur omfattande spridningen är kring medelvärdet beskrivs med ett mått, men innehållet i normalfördelningens ”svansar” är i regel av mindre intresse.

I vår undersökning lägger vi också stor vikt vid de *kvalitativa* aspekterna. Medan *det typiska* representerar det mest sannolika, visar de unika observationerna på *det möjliga*. Vi har haft ambitionen att både ta vara på det unika i våra fall, och samtidigt lyfta gemensamma teman av särskilt intresse.

Våra iakttagelser och synpunkter har återförts till respektive verksamheten i rapporter. Dessa har i samtliga fall setts som ett värdefullt bidrag till självförståelse och vidareutveckling. Denna process är också en metod för att säkerställa att vi uppfattat och återgivit information på ett korrekt sätt.

Övergripande resultat av enkäterna

De enkäter som vi genomfört har tillsammans med våra intervjuer legat till grund för analysen av utvecklingen på de olika enheterna. Vi kan också, genom att slå ihop svaren från de fyra klinikerna, betrakta enkätmaterialen övergripande. På den grunden lyfter vi här fram några iakttagelser som gäller hela materialet.

I den första fasen 2003-2004 besvarades 141 enkäter och i den tredje fasen, 2006, besvarades 97 enkäter. Svartalternativ anges i sex steg – från 5 ”Instämmer” till 0 ”Instämmer ej”. De mätetal från enkäten som används i texterna är snittet på en sexgradig skala motsvarande 100-80-60-40-20-0. Detta betyder att för resultat över 50 p (poäng) överväger ”instämmer” och under 50 p överväger ”instämmer ej”. Höga och låga poäng är mycket uttrycksfulla och har ett tydligt informationsvärde.

Av speciellt intresse är om informanterna instämmer i påståendet: ”Det är viktigt att landstinget har klara och tydliga etiska värderingar som grund för hälso- och sjukvården i länet”. Här blev resultatet högt (medelvärde 86 p) och närmast identiskt vid de två mätillfällena. En majoritet av medarbetarna instämde till fullo, så medianvärdet blev det högsta möjliga på vår skala.⁸ Det tolkar vi som en mycket positiv inställning till initiativet att landstinget formulerar en värdegrund för hälso- och sjukvården.

Om man granskar ett antal frågor i enkäten närmare kan man få en mer preciserad bild av i vilken grad medarbetarna instämmer i Värdegrundens principer. Vad gäller människovärde och autonomi får vi en synnerligen hög grad av instämmande. Människovärdet noteras vid båda mätillfällena på 96 p och autonomi på 95 p vid första tillfället och 92 vid det andra tillfället (2006).

Vad gäller värdet hälsa får vi en differentiering. Ett brett hälsobegrepp - ”ett tillstånd av fullkomlig psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande” - får ett stöd på 87 p (2006 oförändrat) medan ett smalare, mer inriktat på medicinsk hälsa, får ett instämmande på 68 p (2006, 70 p). Vad gäller omsorg får tre olika formuleringar något olika gensvar. Det mest generella, en inriktning på att öka patientens välbefinnande, får ett högt instämmande på 94 p (2006, 91 p). De övriga två ”fokusera på ett vänlig bemötande” och ”förhindra lidande och befria från smärta” får 82 p respektive 89 p.

Rättvis principen ligger lite lägre i grad av instämmanden. Den tydligaste prioriteringen i studien får vi när behovsprincipen ställs mot nyttoprincipen. Behovsprincipen får ett stöd på 71 p (2006, 65 p) medan nyttoprincipen endast får ett stöd på 34 p (2006, 39 p).

⁸ Medianvärdet blev 5 på den sexgradiga skalan. Det är det högsta värdet och omräknat i poäng motsvarar det 100. Se vidare förklaringen på sid 00.

Behovsprincipen får väsentligt högre instämmande även om gapet till nyttoprincipen över tid reducerats något, från 37 p till 26 p.

Medarbetarna bejakar värdet i sig av att landstinget har en värdegrund. De instämmer i hög grad i de grundvärden och principer som finns i Värdegrunden. Ett annat mönster, som framkommer i vårt enkätmaterial, är benägenheten att välja grundvärden och principer som är mer generella före sådana som är mer preciserade. Dessutom finns en ovilja att prioritera. I materialet framkommer att flertalet medarbetare är *för* alla goda principer men vill inte gärna välja *mellan* dem. Detta, anser vi, behöver tas upp i den lokala dialogen och hanteras genom de lokala handlingsreglerna.

Fyra kliniker

I detta avsnitt presenteras de olika enheterna på ett deskriptivt sätt. Vi beskriver och analyserar den specifika utvecklingen inom varje enhet över de tre år vi observerat den.

Vårdcentralen

Vårdcentralen har de senaste åren varit en framgångshistoria. För fem år sedan var den en mottagning med stor omsättning på personal, inte minst läkare. Sedan har den genomgått vad som i näringslivet skulle kallas en ”turn-around”. En ny ledning göt nytt mod i personalen, missmod vändes i tillförsikt och perspektivet ljusnade. Känslan förstärktes av en manifest uppskattning från omgivningen.

Förorten, där vårdcentralen ligger, har en dubbel karaktär. Det finns ett område med flerfamiljshus och många invånare med skiftande etnisk bakgrund. Den teoretiska utbildningsnivån är inte särskilt hög. Det finns också finns villaområden med mer homogen befolkning, ofta med en högre teoretisk utbildningsnivå. Olikheten mellan områdena leder till olikheter i efterfrågan, dvs. vilken roll vårdcentralen förväntas ha och vilken service den förväntas erbjuda. Som helhet anses området vara tungt i socio-ekonomiskt perspektiv. Ohälsa har i verksamheten blivit ett nästan lika uppmärksammat begrepp som sjukdom.

Vårdcentralen ligger mitt i den lilla galleria, som utgör förortens centrum. Ett viktigt inslag i dess pånyttfödelse var anknytningen till en kampanj för att mobilisera och höja självkänslan i hela förorten. Närvaron i förortens vardagsliv blev angelägen. Personal från vårdcentralen

engagerade sig starkt i kommunal samverkan och arrangerade utåtriktad gruppverksamhet av olika slag, t.ex. träning och stavgångsgrupper. Senare har det ivriga deltagandet i förortens liv avtagit.

På vårdcentralen finns sedvanliga yrkesgrupper: läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kurator samt sekreterare, receptionist och underhållspersonal. Stämningen mellan grupperna är god, inte särskilt hierarkisk eller uppdelad. Det framhålls av många informanter att alla grupper träffas i kafferummet och umgås otvunget med varandra. Det finns också anledning att understryka att personalen trivs betydligt bättre än tidigare; inte minst gäller detta läkarna. Det finns en påtaglig entusiasm i arbetet, som enligt uppgift saknades tidigare.

Ledningen består av en verksamhetschef, som är sjuksköterska, en medicinskt ansvarig chef och en liten ledningsgrupp. Verksamhetschefen har ett starkt stöd av personalen. Hon anses ”ha god koll på ekonomin” – så uttrycker sig många av våra informanter – och vara duktig på att för vårdcentralens del förhandla med den centrala produktionsledningen och med beställarens företrädare.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret. Medicinskt ansvarig är en av läkarna, som också har hand om andra frågor rörande läkarpersonalen. Denne tonar emellertid ned sin ledarroll i förhållande till de övriga kollegerna. Det har lett till att läkarna har fått relativt stor frihet i att utforma sina roller med hänsyn till intressen och uppfattningar. Detta gäller också professionell utveckling, deltagande i vidareutbildning m.m.

Arbetsflödet i vårdcentralen formas främst av distriktssköterskorna och undersköterskorna på mottagningen. Läkarna fungerar i organisatoriskt hänseende snarast som specialister eller konsulter. De ansvarar för sina patientärenden men tar förhållandevis mindre del i vårdcentralen som helhet och som organisation.

Flera informanter har framhållit att individuellt formade läkarroller kan vara en styrka när det gäller engagemang och ansvarstagande. Men samtidigt skapar olikheterna mellan olika läkares sätt att arbeta en viss oklarhet med avseende på vad patienterna kan förvänta sig. Synen på sjukskrivning har t.ex. växlat starkt mellan olika läkare. På senare tid har den gemensamma hållningen i den frågan skärpts, men i andra avseenden finns olikheter kvar.

Investeringar i tekniska supportsystem har ökat tillgängligheten och förbättrat informationsflödet i verksamheten. Bemötandet av patienterna har enligt informanternas mening förbättrats genom att en ny receptionist anställts. En manlig sökande fick arbetet vilket har visat sig underlätta kommunikationen med en stor grupp av äldre, manliga patienter med invandrarbakgrund.

Relationerna till akutsjukvården fungerar bra; problem som uppkommer är mest av praktisk, informativ art. Att patienter tas in eller kommer tillbaka hem rapporteras inte alltid på ett smidigt sätt. Samarbetet med kommunens hemtjänst fungerade i stort väl. Förhållandet till psykiatri är betydligt mer problemfyllt. Under hela perioden har vårdcentralen haft svårt att få en hjälp från psykiatri som ligger i nivå med den man får från andra specialistkliniker.

Policydokumentet Värdegrunden har presenterats vid ett personalmöte i början av undersökningsperioden. Andra etiska frågor har berörts vid andra personalsammandragningar, men inga särskilda etiska samtal eller någon speciell debriefing sker vardagsvis, enligt våra informanter. Några lokala handlingsregler har dock inte formulerats med utgångspunkt i Värdegrunden. Innebörden i de fyra grundvärdena tas av de flesta informanter för given, samtidigt som det sociala och humanitära engagemanget är påfallande hos personalen. Prioriteringsfrågorna i verksamheten uppfattas inte som särskilt kontroversiella. Sjukskrivningsproblematiken, som berördes ovan, har inte alls diskuterats som en sådan fråga.

Ekonomi bygger huvudsakligen på en kapiteringsprincip, dvs. man får betalt för hur många patienter som listat sig, samt på antalet besök. Kapiteringsbeloppet har under undersökningstiden varit höjt på grund av områdets socio-ekonomiska tyngd.

I början av undersökningsperioden, då landstingets ekonomiska underskott fick stort utrymme i mediedebatten, lyfte ledningen på vårdcentralen fram möjligheterna att spara på laboratoriekostnader och andra undersökningar. Viss utrustning anskaffades för att man skulle kunna genomföra undersökningar i egen regi. Detta har i efterhand framstått som en felinvestering, då vårdcentralen inte kunde förutse att just sådana externa undersökningar kom att bli en "fri nyttighet" i ersättningsystemet. Ambitionen att ekonomisera på lokal nivå har sedermera mattats.

Specialistkliniken

Specialistklinikens verksamhet har i sin vardag en stark etisk, existentiell laddning. Det sextioal patienter som kliniken tar emot är i ordets egentliga mening dödssjuka.

Behandlingen är påfrestande och utdragen men leder till att sex av tio överlever. Ungefär en tredjedel av patienterna är barn. Kliniken får sina patienter remitterade från andra specialistkliniker inom landstinget och har dessutom uppdrag från andra landsting och andra länder.

Personalen måste i en sådan verksamhet ges särskilda förutsättningar för att möta såväl patienter som anhöriga/närstående. På kliniken för man dialogen kring de egna, etiskt laddade, verksamhetsnära frågorna. Regelbundet återkommande handledning och debriefing under sakkunnig ledning äger rum. I samband med att en patient avlider har man i regel ett handledningssamtal. Viss personal har uttryckt behov av ytterligare stöd i särskilda situationer. Tidvis har externa stödpersoner anlåtats. Policydokumentet Värdegrunden har man däremot inte använt i någon större utsträckning. Inga lokala handlingsregler har utformats på dess grund.

Kliniken har en relativt kort historia. Den teknik, som ligger till grund för dess inrättande, har varit i bruk sedan ungefär 40 år i USA och 25 år i Sverige. Den svenske pionjären finns fortfarande vid kliniken men har lämnat ifrån sig chefskapet. Som professor och medicinskt ansvarig chef framstår han dock fortfarande som en tongivande, informell ledare vid kliniken.

Verksamhetschef är en sjuksköterska, sedermera doktor i medicinsk vetenskap. Hennes grepp om klinikens ekonomi och verksamheten i övrigt är erkänt gott. Hennes ledarskap är tydligt och energiskt och uppskattat av huvuddelen av personalen. Men bland vissa av läkarna förekommer det att hennes chefskap ifrågasätts. Ett sätt har varit att vända sig till den informelle ledaren även i rent administrativa frågor. Som regel har han lojalt backat upp verksamhetschefen. Även i samspelet med andra beslutsnivåer inom sjukhuset upplever verksamhetschefen att hennes legitimitet inte uppfattas som självklar. Frågan är om detta ska tolkas utifrån ett professions- eller ett genderperspektiv. Vi återkommer till detta nedan.

Specialistkliniken har en stark forskningsanknytning. Alla läkarna delar sin tid mellan det kliniska arbetet och forskningen. Detta har en praktisk implikation: läkarna tillbringar en stor del av sin tid på annat håll än vid kliniken. De har också två arbetsgivare, dels

kliniken/sjukhuset, dels Karolinska Institutet. Landstinget skriver avtal med sjukhuset, men Värdegrundens principer bör rimligen gälla också den verksamhet för vilken KI är huvudman. Frågan om Värdegrundens utsträckning till andra huvudmän återkommer i diskussionen om samarbete mellan olika verksamhetsgrenar (Skarvfokus, se sid xx).

Förhållandet mellan forskningen och det kliniska arbetet kan skapa etiska dilemman i enskilda patientfall. Vad som vore motiverat ur ett forskningsintresse är inte alltid möjligt eller lämpligt att genomföra med hänsyn till andra grundvärden. Medicinsk utveckling implicerar ett starkt forskningsfokus, som ibland kan innebära en ökad risk eller lidande för den enskilde patienten. De forskningsprojekt som genomförs vid kliniken är granskade ur forskningsetisk synvinkel, men alla etiska dilemman är inte lösta i och med detta. Det återstår alltid för kliniken att tolka vad det enskilda fallet har för implikationer. Klinikdiskussionen skulle dock kunna stödjas med stödmaterial som behandlar denna problematik

Det vanligaste etiska dilemman, enligt vår studie, rör hur länge man ska fortsätta en påbörjad behandling, när möjligheten att för patienten att tillgodogöra sig behandlingen ter sig allt mindre. Läkarna tenderar att vilja fortsätta längre, medan sjuksköterskor och undersköterskor, som arbetar närmare patienterna, i vissa fall tycker att patienterna får lida i onödan. De närståendes hållning är viktig i sammanhanget. Frågan är i hur stor utsträckning patientens, de närståendes och övrig personals vilja ska påverka läkarnas bedömning av insatsernas nytta. Här finns också en ekonomisk aspekt. Behandlingen, inte minst läkemedlen, är kostsam. Vi har dock noterat att kostnaderna inte i något enskilt fall använts som argument för att ändra behandling.

Ekonomi bygger på en DRG-baserad budget (diagnosrelaterade grupper) som emellertid har en låg legitimitet inom kliniken. Man upplever det svårt att finna rimliga grunder för jämförelser med andra behandlingar. Något starkt incitament till vardagligt förbättringsarbete finns heller inte inom det ekonomiska systemet. Möjligheten att få uppdrag från andra huvudmän skapar ett ekonomiskt utrymme för praktiska förbättringar. Övrig personal ser i hög grad ekonomin som verksamhetschefens uppgift och något som hon hanterar väl. Ändrade DRG-poäng och nya centrala direktiv är problem som om möjligt inte förs vidare till alla vid kliniken då det skulle undergräva motivationen.

Geriatriska kliniken

I studiet av den geriatriska kliniken kommer fusionsprocessen i förgrunden. Det rör sig om två kliniker med mycket olika förutsättningar och det har inte varit fråga om en ”merger between equals”. Den ena kliniken upphörde och dess (bantade) verksamhet flyttades över till den andra, där den i praktiken kom att bilda en egen avdelning. Det råder ingen tveksamhet om villkendera av klinikerna som av de inblandade ansågs ha ”vunnit”.

Vid sammanslagningen ställdes två mycket olika ledningsstilar mot varandra liksom två organisationsprinciper. Den ”vinnande” kliniken hade en karismatisk chef och en relativt hierarkisk organisation. Den hade styrts utifrån tydliga ekonomiska målsättningar, framför allt att minska vårdtiderna vid den slutna vården på kliniken. I detta avseende hade ledningen lyckats bra. Detta hade gjort ett starkt intryck på överordnade nivåer. Under 2002, då processen pågick med att utforma policydokumentet Värdegrunden, deltog kliniken aktivt med synpunkter.

Den ”förlorande” kliniken genomlevde snarare en ledarskapskris. Det fanns ingen tydlig ledare och ekonomin ansågs av utomstående vara i oordning. Hos många av de anställda fanns emellertid ett ekonomiskt medvetande. Bristen på ledarskap på kliniken kunde av somliga upplevas som positiv. När kliniken av en anställd karaktäriserades som ”en anarkisk arkipelag” ska det förstås som ett uttryck för uppskattning. Det fanns en mångfald och ett utspritt ansvarstagande, som uppfattades som fördelar.

Inom den ”vinnande kliniken” fanns ett aktivt arbete med värderingsfrågor, förankrat i en viss vårdteori. Arbetet hade sin hemvist hos en grupp sjuksköterskor, men hade mindre uppslutning från övriga grupper av medarbetare. Kliniken producerade eget material att användas vid introduktions- och fortbildning. Särskilda kurser i vårdteori erbjöds personalen. Några särskilda lokala handlingsregler formulerades emellertid inte utifrån Värdegrunden. Man var på kliniken väl insatt i processen som ledde till policybeslutet och deltog i dess förarbeten. Men man såg ingen större motsättning mellan Värdegrunden och de egna värderingarna. De rymdes, menade klinken, inom ramen för det lokala tolkningsuppdraget.

Den höga vårdteoretiska profilen hos tongivande sjuksköterskor oroade dem som genom fusionen kom utifrån och kanske inte i alla avseenden delade dess utgångspunkter. Det finns

skäl att tro att motsättningarna underbyggdes av förutfattade meningar hos de olika grupperna av anställda. Läget inför fusionen var ganska inflammerat.

Vårdteorin ifrågasattes också av vissa läkare. Somliga ställde sig tveksamma till vårdideologin och deltog halvhjärtat i de etiska diskussionerna. Andra var tveksamma till om geriatrik passade i deras karriärplanering och tog av det skälet inte strid om vad som hände på kliniken. I början av undersökningsperioden fanns också en osäkerhet om huruvida geriatrik skulle förbli en egen specialitet och det skapade oro bland de yngre läkarna på kliniken. Sedermera beslöt dock regeringen att geriatriken även fortsättningsvis skulle utgöra en basspecialitet. Under senare delen av undersökningsperioden framstod läkarna åter som mer fokuserade i sin roll som geriatiker och tog därmed en mer aktiv del i klinikens utveckling.

Den paramedicinska personalen – sjukgymnaster, arbetsterapeuter, talpedagoger och logopedier – utgjorde en ytterligare kategori inom kliniken. De delade inte sjuksköterskornas intresse för vårdideologin. De delade heller inte helt klinikledningens strävan att hålla nere vårdtiderna utifrån enbart medicinska kriterier. Något eller några extra dygn på kliniken med sjukgymnastik kunde i hög grad öka patientens möjligheter att klara sig på egen hand hemma. Hänsynen till klinikens ekonomi kunde, menade de, gå ut över omsorgen om den enskilde patienten.

Sammanläggningen av de två geriatriska klinikerna möttes med farhågor och skepsis bland många av de inblandade, i synnerhet hos dem som tvingades att flytta. Själva sammanslagningen kunde, enligt många informanter, framför allt ha gjorts på ett snabbare sätt. Farhågorna har på sikt dock kommit på skam. Visserligen finns det kvar föreställningar om ”vi och dom” inom kliniken, men i stort sett har det gått bra att integrera de olika kulturerna. Det karismatiska ledarskapet har ersatts av ett mer byråkratiskt och i vissa hänseenden mer demokratiskt ledarskap. En ny chef rekryterades hösten 2004 från ett annat landsting.

Den vårdteoretiska profilen hos sjuksköterskorna har tonats ned till en mer neutral hållning. Det tidigare använda, egenproducerade introduktionsmaterialet har övergivits. Nytt material har producerats, som denna gång innefattar åtminstone allmänna referenser till policydokumentet Värdegrunden. Några egentliga lokala handlingsregler har man dock fortfarande inte utarbetat på dess grund.

Den nya ledningen har ökat ansträngningarna att utifrån ekonomiska parametrar och fastställda prestationsmått styra verksamheten. Det har skett med framgång. Många av informanterna uppfattar emellertid nu rationaliseringspotentialen som uttömd och vissa medarbetare har betraktat nya ledningen som alltför inriktad på att mäta prestationer. Rapporteringen kritiseras som alltför schablonartad eller ensidig. Jämförelsen mellan olika avdelningar upplevs av somliga som orättvis. Kvalitetsaspekter kommer i kläm, menar man. Samtidigt visar ett antal indikatorer i patientenkäter på framsteg också vad gäller kvalitet och patientnöjdhet.

Ser man till de yttre relationerna har kliniken nu tilldelats ett geografiskt definierat områdesansvar för den geriatriska vården, vilket skapat nya förutsättningar för relationerna både med akutsjukvården och med de berörda vårdcentralerna. Kliniken har utvidgats med ett antal platser. Gnisslet i förhållande till det kommunala ansvaret för äldrevården lever kvar, men har mildrats något. Arbete återstår dock med att få landstingets Värdegrund erkänd och införlivad som grundval också för den omsorg som utförs i andra huvudmäns regi, t.ex, kommun och stadsdelar.

Kirurgkliniken

Den här aktuella kirurgiska specialistkliniken har länge bedrivit en framstående verksamhet, men har senare utmanats av nyare teknologier för behandling av vissa diagnoser. Det hittillsvarande patientunderlaget har minskat, samtidigt som förbättrade metoder och ökad kompetens har lett till att kliniken nu kan behandla fler svårt sjuka/multisjuka liksom även äldre patienter.

Sedan något tiotal år har samma behandling utförts vid två av Storstockholms universitetssjukhus. 2004 beslöt landstinget av olika skäl att slå samman klinikerna. Mot bakgrund av ett minskat antal operationer ville landstingets ledning effektivisera resursutnyttjandet och koncentrera forskningsverksamheten.

De två kliniker som skulle sammanslås hade olika, i vissa hänseenden medvetet kontrasterande, ”företagskulturer”. Efter betydande utredningsarbete förlades den sammanslagna kliniken till den klinik som drev den ursprungliga verksamheten, här kallad

”den stora kliniken”. Cheferna kom dock att huvudsakligen rekryteras från den mindre kliniken.

Sammanläggningen resulterade inte omedelbart i en väl fungerande verksamhet. Om orsakerna till detta finns olika meningar. Klart är också att fusionsbeslutet byggde på felaktiga, eller i varje fall alltför optimistiska, prognoser. Efterfrågan på operationer *inte* har minskat i den takt som förutsattes vid fusionen. Under de närmaste två åren efter sammanslagningen hade den sammanslagna kliniken en lång kö av patienter som väntade på operation och främst IVA-verksamheten inom kliniken har utgjort en trång sektor. Fusionen av klinikerna skulle medföra besparingar. I stället har den sammanslagna kliniken sedermera tilldelats extra medel för att kunna minska kön.

Klart är också att det inom kliniken utvecklades olika former av motstånd mot nyordningen. De chefer som ledde sammanslagningen kritiserades skarpt och lämnade efter en tid sina poster. Efter en interimperiod tillsattes en ny verksamhetschef, som formade en ny, ”enklare” ledningsstruktur. En viss omsättning på medarbetare har också påverkat klinikens prestationsförmåga.

I den organisatoriska turbulens som följde på fusionen, fördes egentligen ingen diskussion om hur den moraliska kompetensen skulle utvecklas i den sammanslagna kliniken.⁹ Det har bedrivits ett systematiskt och ambitiöst etikarbete på universitetssjukhuset i sin helhet, bland annat utifrån landstingets Värdegrund. Sjukhusledningen har markerat vikten av policydokumentet genom att detta ingår i deras styrkort. Men på kliniken har inte förts gemensamma, strukturerade etiska samtal. Verksamheten har således inte utformat lokala handlingsregler utifrån Värdegrundens vision, grundvärden och principer. De olika perspektiven hos de olika personalgrupperna har inte koordinerats i särskilt hög grad. Verksamheten ter sig fortfarande präglad av både hierarki och revirtänkande.

På kliniken finns en rad situationer av etisk karaktär som dagligen måste hanteras. Verksamheten rör patienter som är svårt sjuka. Mortalitetstalet har stigit under de senaste åren, kanske som en följd av att man tagit in svårare sjuka patienter. Frågan om när en

⁹ För en diskussion om skillnaden mellan etisk och moralisk kompetens se Brytting mfl, 1993. Begreppet moralisk kompetens betonar handlingen, medan etisk kompetens ofta avser en mer teoretisk färdighet.

livsuppehållande intensivvård ska väljas bort eller avbrytas hör till de svåraste som klinikens personal har att hantera.

Medarbetarna har också att dagligen lösa frågor som rör prioriteringar i verksamheten. När köer uppstår på den sammanslagna kliniken är prioriteringsordningen inte alltid tydlig eller transparent. Kön av svårt sjuka patienter är både extern – patienter väntar på att bli intagna – och intern – belastningen på IVA-resurserna ökar. I bägge fallen handlar det om patientsäkerhet. Ett ökat antal patienter har under det tredje året av vår studie avlidit i väntan på operation.

Beslutet att ta in en patient – bortsett från akutfall – tas i regel av en ”antagningsansvarig läkare”. Den funktionen roterar bland läkarna vid kliniken. Besluten fattas i samråd med den för patienten ansvariga läkaren t.ex. på en medicinsk klinik där patienten är inlagd. Alltför svårt sjuka patienter, eller sjuka som möjligen kan behandlas med andra, mindre riskfyllda metoder, tas i regel inte emot. I vissa fall har intern kritik framförts mot att läkarna tar sig an alltför sjuka patienter.

Bristen på intensivvårdsresurser har, som nämnts, varit besvärande. Detta hänger samman med att allt svårare fall opereras, vilket leder till längre behandlingstider på intensivvården. ”Trycket ” på den nya kliniken att genomföra operationer har i sin tur lett till att patienter skickats från IVA i förtid, vilket för dem medför en högre risk.

Teman

Nedan uppmärksammar vi sex olika teman, som vi induktivt har formulerat utifrån fallstudierna. Dessa temarapporter stödjer sig i hög grad på den samlade empirin från våra olika fallstudier. Vi har också tillfört egna erfarenheter och teorier från andra verksamheter än i fallstudierna.

Delstudiens sex teman är:

- (a) organisation, ledning och professionella roller,
- (b) ekonomistyrning,
- (c) prioriteringsfrågor i den egna verksamheten kopplade till Värdegrunden och andra etiska principer,

- (d) skarvfokus, dvs relationer mellan den undersökta enheten och andra länkar i vårdkedjan inom och utom landstingets ram,
- (e) förändringstryck och forskningsintresse, samt
- (f) fusionsproblematik.

Vi menar att de frågeställningar, som ryms inom dessa teman, är högst relevanta för verksamheternas utformning av normer och handlingsregler. Valet av teman har stämts av med uppdragsgivaren.

Organisation, ledning och professionella roller

Hälso- och sjukvården präglas av starka professionella grupper. Professioner och deras betydelse är sedan länge ett etablerat forskningsfält, huvudsakligen med sociologiskt perspektiv.

En profession utmärks av ett definierat, teoretiskt kunskapsområde och arbetsuppgifter som innebär en självständig tillämpning. Professioner har i regel egna organisationer och tydliga, utsagda etiska principer och riktlinjer. Tillträdet begränsas genom någon slags licens, legitimering eller auktorisation, förmedlad genom offentliga eller korporativa organ. Det verksamhetsområde, som förbehålls professionens utövare, kallas dess jurisdiktion. I professionen ligger ofta ett självbestämmande och en egenstyrning, t.ex. genom någon slags ansvarsnämnd. Professionens utövare förväntas fylla en samhällsfunktion, inte bara drivas av det egna förvärvsintresset. De har därmed en förtroendeställning.¹⁰

Det har av olika skäl under modern tid funnits en tendens att omvandla tidigare yrkesområden till professioner inom en rad samhällssektorer. Det kan ses som en följd av den teoretiska kunskapens allt viktigare roll. Det kan också uppfattas som en facklig strategi.¹¹

¹⁰ Detta är en mycket kort beskrivning av gängse professionaliseringsteori och det är här inte utrymme att gå in på en djupare analys av de olika komponenterna. Se Torstendahl & Burrage 1990, Selander 1990.

¹¹ För en uppdatering av professionaliseringsteori med anknytning till vårdsektorn, se t ex Dufwa 2004, Evertsson 2002 och Milton 2001, samt Råman 2006. Professionalisering är inte självklart av godo: se Alvesson 2006 samt diskussionen mellan honom och Carola Aili i Universitetslärares 14 resp 18/2006.

Inom hälso- och sjukvården utgör läkarna den äldsta professionen. Sjuksköterskor och paramedicinare har också utvecklat egna professioner. Undersköterskor är en yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården vars yrke emellertid ännu inte utgör en profession i ovan nämnd mening.

Under lång tid betraktades det som självklart att chefstjänster i vården skulle upprätthållas av läkare; det var en del av den professionella jurisdiktionen. Detta förhållande utmanades redan på 1960-talet, då ekonomer och administratörer kom in i ledningen för de stora sjukhusen. På kliniker och verksamhetsområden dröjde det till mitten av 1990-talet innan även andra än läkare kunde bli verksamhetschefer. När den möjligheten öppnades genom en ändring i HSL, skapades nya karriärvägar för sjuksköterskor, paramedicinsk personal och andra yrkesgrupper.¹² Denna möjlighet till utveckling välkomnades av många inom vården – dock inte av alla – och har inte varit helt utan komplikationer.¹³

Verksamhetschefen ska leda verksamheten och se till att den löpande fungerar på ett tillfredställande sätt. Han/hon ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården, främja kostnadseffektivitet samt svara för vissa administrativa uppgifter. Verksamhetschefen ska se till att personalens kompetens upprätthålls på sikt och sörja för att samverkan med andra enheter fungerar. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd anger att verksamhetschefen inte behöver ha en hälso- och sjukvårdsutbildning. Detta skiljer sig från den tidigare ordningen med chefsöverläkare. Det är nu en persons lämplighet i mer allmänna avseenden som är avgörande jämte en rad andra ledaregenskaper som förmåga att fatta beslut, förmåga att samverka och förmåga att delegera.¹⁴

I de två kliniker, som vi studerat och där verksamhetschefen inte är läkare, ligger det medicinska chefsansvaret på en medicinskt ansvarig läkare ("mal").¹⁵ Det betyder de facto ett dubbelt chefskap. Ett sådant behöver inte vara problematiskt i sig. Det finns exempel på andra håll, t.ex. i den akademiska världen, där det administrativa ansvaret skiljts från det vetenskapliga. Men det är viktigt att gränser och jurisdiktioner tydliggörs

¹² SOSFS 1997:8 Socialstyrelsens allmänna råd Verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

¹³ jfr diskussionen i Sjukhusläkaren 2006

¹⁴ SOSFS 1997:8, avsnitten "Verksamhetschefens ansvar", resp "Verksamhetschefens kompetens".

¹⁵ i enlighet med SoS allmänna råd 1997:8

både internt och externt: vem gör vad? Verksamhetschefen måste också ges ett sådant stöd av vårdgivaren, att han/hon oavsett sin utbildningsbakgrund kan utföra sina åligganden. En verksamhetschef som inte är läkare måste kunna utöva chefskap också över läkarna, utom i det som avser medicinska bedömningar av enskilda patienter.

Läkarrollens funktion i organisationen håller långsiktigt uppenbarligen på att förändras. I organisatorisk mening kan man se det som en ”marginalisering”. Detta uttryck ger ingen adekvat beskrivning av nuläget, men med ett litet spetsigt uttryck försöker vi fånga en utvecklingstendens. Det är inte längre självklart att en läkare utåt personifierar hälso- och sjukvården och det är inte givet att det är en chefsläkare, som håller samman den dagliga verksamheten.¹⁶

Många läkare får alltmer rollen av ”specialister” i organisationen. Vi såg uttryck för det på vårdcentralen och vi såg det på kirurgkliniken. De utför preciserade uppgifter inom ramen för en produktion, som på många håll ter sig ganska ”tayloriserad”. Taylorism innebär ju en produktionsprocess som är uppdelad i korta moment, som utförs av olika, specialiserade producenter, ordnade i en bestämd följd. En tayloristisk organisation blir relativt effektiv i snäv bemärkelse, men ett övergripande perspektiv och ansvar kan lätt gå förlorat. Den som utför eller är närvarande blott under en liten del av arbetsprocessen får svårare att i praktisk mening leda verksamheten och att bli betraktad som ledare.

Läkarna kan, i och med denna utveckling, till och med få en karaktär av konsulter i vårdorganisationen, jfr uttrycket ”stafettläkare”. Det innebär att de tillför organisationen en momentan expertkunskap utan att egentligen själva vara en del av organisationen. Genom att de är i organisationen bara under begränsad tid blir deras bidrag till organisationens utveckling mindre och de får själva mindre tillfälle till lärande. Det gynnar inte heller patienternas intresse eftersom kontinuitet är viktigt för patientsäkerheten.

Ett särskilt skäl till att läkare på några av de kliniker vi studerat har en mindre närvaro på kliniken är att de delar sin tid mellan forskning och kliniskt arbete. Med ett stort engagemang i forskning, som bedrivs på annat håll, har de inte förutsättningar att i

¹⁶ Se diskussionen hos Levay 2003.

samma utsträckning som övrig personal vara närvarande på kliniken. Men att vara ledare i en organisation förutsätter ofta just att man är på plats. Läkarna kanske i framtiden mer än tidigare måste välja sin roll: att vara forskare eller att leda den kliniska verksamheten.

Ett helt annat skäl till att läkarrollen förändras hänger samman med informationsteknologin. Utvecklingen av olika expertsystem och tillgången till information på Internet erbjuder både personal, patienter och anhöriga/närstående alternativa källor till kunskap. Läkaren är inte längre den oomstridda auktoriteten för medicinsk kunskap.

Att beskriva utvecklingen som en marginalisering av läkarrollen kan ge intryck av att läkarprofessionen skulle vara ”offer för utvecklingen”. Det behöver inte alls vara fallet. Många läkare vill inte ta på sig en chefsroll i landstingets organisation. Det finns, hävdar flera av våra informanter, för få incitament och alltför många negativa sidor med att vara chef.¹⁷

Sammanfattningsvis ser vi en rad orsaker som samverkar till en förändring av läkarnas roll i vårdens organisation: (a) personer med annan yrkesbakgrund kan bli verksamhetschefer, (b) många läkare upplever att det finns för få incitament för att ta på sig det administrativa chefskapet, (c) produktionen utformas i förekommande fall på ett tayloristiskt sätt, (d) IT-baserade expertsystem står i högre grad till förfogande även för övrig personal, patienter och anhöriga/närstående, samt (e) en forskningskarriär är inte lätt att kombinera med administrativt ledarskap.

Det är inte bara läkarnas roll som har förändrats. Också sjuksköterskerollen har ändrats, påpekar flera av våra informanter. Sjuksköterskorna får allt mer av administrativa uppgifter, men också fler rent medicinska åligganden. Samtidigt har det etablerats en forskningspåbyggnad inom ramen för ämnet vårdvetenskap, som därmed utvecklats starkt.¹⁸ På sina håll formas också vårdteorier, som söker definiera omvårdnadsbegreppet utifrån etiska värderingar. Vi har exempel på det i den geriatriska kliniken. Sjuksköterskerollen får sålunda en allt bredare repertoar. Samtidigt påpekar

¹⁷ Detta argument har också framförts med enfass vid flera diskussioner som vi deltagit i, bl a vid Sjukhusläkarförningens årsmöte 2006

¹⁸ för en historik, se tex presentationen av ämnet vid Uppsala universitet, www.pubcare.uu.se

flera av våra informanter, att behovet av inskolning har ökat för nyutbildade sjuksköterskor som anställs vid klinikerna.

De paramedicinska grupperna har, liksom sjuksköterskorna, utvecklat sina yrkesområden till professioner.¹⁹ Det innebär bland annat att man till yrkesområdet knutit en vetenskaplig forskning. Därmed har sjukgymnasten, arbetsterapeuten eller logopeden fått en alternativ karriär till det kliniska arbetet. På de enheter vi studerat har paramedicinarna flyttats ut ur klinikerna till pooler eller särskilda paramedicinska enheter. Från denna plattform deltar de i vård och vårdplanering på de kirurgiska eller geriatriska avdelningarna, men utan att vara del i avdelningarnas organisation. De är, liksom läkarna, på väg att få en expert-, specialist- eller konsultroll i organisationen.

Undersköterskerollen saknar, som vi noterade ovan, en tydlig professionell profil i den mening vi angivit. Många av våra informanter från undersköterskegruppen har stor erfarenhet och ett djupt engagemang i sina uppgifter. Det är viktigt, eftersom de arbetar nära både patienter och närstående. Men där finns också de, som ser betydligt mer instrumentellt eller oengagerat på sitt arbete än någon i de övriga personalgrupperna. Några särskilda lokala insatser för undersköterskorna när det gäller etisk handledning har vi inte kunnat notera. Vid en av våra kliniker har man gjort försök med s.k. primary nursing. I det sammanhanget flyttades arbetsuppgifter från undersköterskor till sjuksköterskor. De försöken har emellertid enligt uppgift inte fallit väl ut och tanken har övergivits. Vi menar att det att döma av våra iakttagelser finns både ett behov och ett utrymme för att vidare utveckla undersköterskerollen.

Förutsättningarna för klinikerna att leva upp till Värdegrundens utfästelser är, menar vi, beroende av samspelet mellan de professionella rollerna. Som vi konstaterade ovan har Värdegrunden formulerats med utgångspunkt bland annat i de yrkesetiska koder som de i vården engagerade professionerna har antagit.

Läkarnas yrkesetiska identitet är byggd delvis på den hippokratiska eden men också på många andra källor.²⁰ Den har en lång tradition och är därmed förhållandevis känd och fungerar därmed förtroendeskapande. Sjuksköterskorna, liksom paramedicinarna, har

¹⁹ Evertsson 2002

²⁰ se Läkarförbundets hemsida, www.slf.se/lakarrollen

också yrkesetiska riktlinjer, men i regel av senare datum och mindre välkända utanför den egna professionen. Undersköterskorna, har ingen motsvarande yrkesetisk kod att knyta an till.²¹

Situationen är alltså – åtminstone i de fall vi studerat – att den grupp som har den starkaste etiska traditionen, nämligen läkarna, tycks ha fått ett minskat inflytande i den dagliga verksamheten. De som har mest praktiska uppgifter med patienter och anhöriga att göra, nämligen undersköterskorna har den svagaste professionella identiteten. Detta lägger ett extra stort ansvar på verksamhetsledningen att sörja för utvecklingen av en lokal moralisk kompetens i organisationen, i samklang med Värdegrunden. Ett sätt är att formulera lokala handlingsregler. Men också andra kommunikativa, participatoriska och uppföljande processer måste underhållas. Det räcker inte att ha en moralisk kompetens. För att bygga trovärdighet måste man också kunna visa omvärlden att man besitter den.

Ledarskap och chefskap

Två av våra kliniker har letts av läkare. Här tar inte våra informanter upp chefernas yrkesroll när de diskuterar frågor som rör ledningen. På två kliniker är en sjuksköterska verksamhetschef. Då har legitimiteten i ledarskapet i vissa avseenden ifrågasatts av läkarna. Det är just professionsargument, inte personliga argument, som förs fram. Vid en annan klinik skapades tillfälligtvis en ny chefsnivå med två tjänster som tillsattes med sjuksköterskor. Denna chefsnivå fick en svag legitimitet hos främst läkarna. Då sjuksköterskorna i de nämnda fallen är kvinnor kunde den svaga legitimiteten ha haft sin grund en genusmotsättning: att manliga läkare är ovana vid kvinnliga chefer. Vi tror emellertid inte att det förhåller sig så. Snarare, bedömer vi, handlar det om en problematik som har sin grund i förändringen av professionernas roller/jurisdiktion.

Det lokala arbetet med Värdegrunden förutsätter ett väl fungerande ledarskap för att de intentioner som kommer till uttryck i policydokumentet ska kunna förverkligas. Att leda med värderingar är ett av det mest krävande sätten att leda en organisation. Två av våra kliniker har dessutom genomgått en fusion, vilket är en av de mer påfrestande förändringsprocesser som organisationer kan utsättas för och där det operativa ledarskapet har stor betydelse för genomförandet.

²¹ En diskussion om de yrkesetiska koderna i anknytning till vården finns i Silfverberg2005.

Ledarskap måste också ha en strategisk dimension. I ledarskapsforskningen används begreppen ”transactional” respektive ”transformational leadership”. Med det förstnämnda avses ett ledarskap med tonvikt på effektivitet och produktivitet inom de givna ramarna. Med det senare uttrycket avses ett ledarskap inriktat på förändring, inte bara av den egna organisationen utan också av själva förutsättningarna för verksamheten.²² Generellt råder ett större intresse i litteraturen för ”transformational” än för ”transactional leadership” men det finns också kritik mot en sådan prioritering.²³

Kraven på kostnadseffektivitet inom hälso- och sjukvården växer ständigt. Detta leder till ett behov av starka ”transactional leaders”. Men på sikt behövs det också ”transformational leaders”. En av de starkaste förändringskrafterna inom hälso- och sjukvården idag är utvecklingen inom den medicinska och medicintekniska forskningen. Detta talar för att de som ska leda den strategiska förändringen av hälso- och sjukvården måste ha djup förtroenhet med denna.

Arbetet med lokala handlingsregler utifrån Värdegrunden kan ses såväl ur ”transactional” som ur ”transformational” synvinkel. Där finns både inslag av regelföljning (”compliance”) och av krav på nytolkning. Det är rimligt att anta att chefernas olika professionella bakgrund och erfarenhet påverkar deras sätt att leda med värderingar.

Att vara ledare i en stor organisation har blivit allt mer tyngande i olika avseenden. Att vara ledare i en s.k. multiprofessionell organisation, som vården, är än mer krävande.²⁴ Kanske framtiden för hälso- och sjukvårdens organisationer ligger i den vidare utvecklingen av olika former av delat ledarskap. Detta är en fråga som också

²² Begreppsparet kommer från de amerikanska forskarna James McGregor Burns och Bernhard Bass. För en diskussion om ledarskapets förutsättningar, se Ingalill Holmbergs artikel ”Förebilderna”, i Hans De Geer m.fl 2005

²³ Jan Tullberg (2006) ser en slagsida i rekommendationerna till att vara ledarcentrerade och förändringscentrerade. Ett gott chefskap som vårdar kompetenser och prestationer kan bli ringaktat trots en central betydelse för organisationen. Artikel i EJBO 2006

²⁴ Vid ett seminarium den 11 maj 2006 med rubriken Roller, ethos och förtroende – att leda en mångprofessionell organisation, i serien Vårdens villkor Vårdens framtid, diskuterades detta tema av professor Magnus Söderström, Växjö Universitet.

uppmärksammas i näringslivet när det gäller att hantera en hotande brist på goda ledare.²⁵

Ekonomistyrning

I ledningen för de fyra enheter som vi studerat förs diskussioner om verksamhetens ekonomiska effektivitet, inte olik resonemangen i många privata företag. Landstingets system för ekonomistyrning bygger emellertid på kostnadsjämförelser med den fastställda budgeten. Det innebär att producenterna vid klinikerna, enligt våra informanter, upplever att de arbetar under besparingspress snarare än utifrån prestationsmöjligheter. Landstingets styrsystem uppfattas i hög grad som en ”planekonomi”.

Den ekonomiska medvetenheten är stor i klinikledningarna, men inte särskilt levande för personalen. Resultatdata och uppföljningar är på vissa håll tydliga, på andra kliniker mer vaga. De flesta medarbetare är nog i princip medvetna om de ekonomiska villkoren för verksamheten, men inte så många låter denna insikt påverka det vardagliga arbetet. Det saknas tydliga incitament. Ibland tror man sig ha negativa incitament: ”Sparar vi detta år så får vi mindre resurser nästa år!” Vad som uppfattas som villkor för en god arbetsmiljö är också en återhållande faktor när det gäller att spara.

Tillsammans med föreställningen att man verkar i en ”planekonomi” leder detta till att ekonomiska hänsyn i regel inte får inflytande på vårdbeslut för den enskilde patienten. Vi ser dock i vårt material några fall där faktiska vårdbehov ställs mot bristande ekonomiska resurser. Det tvingar fram en prioritering, som inte sällan ställer den aktuella patientens möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen i relation till en mer övergripande nytta.

Systemet för resurstilldelning har inte någon stor legitimitet bland personalen. Många av våra informanter uppfattar det som ”kantigt och manipulerbart”. Varje system för fördelning av ekonomiska resurser inom en organisation kan väcka diskussion och stundom intern kritik. Den centrala frågan är om styreffekten blir den avsedda eller om

²⁵ Problemet med att rekrytera goda ledare diskuterades bl a vid flera av IFL vid Handelshögskolan i Stockholm och ESK, Föreningen Sveriges Executive Search konsulter arrangerade halvdagskonferenser, senast den 29 mars 2007. Hans De Geer är ordförande i ESK:s etiska råd.

olika - icke avsedda bieffekter - tar över, vilka eventuellt kan upplevas som negativa eller positiva. DRG-systemet har utvecklat budgethanteringen och underlättat jämförelser mellan olika verksamheter. Vid jämförelser inom systemet måste man emellertid beakta att olika diagnoser, åtgärder och patientgrupper kan registreras inom ett och samma DRG.

Beställaren sluter avtal på sjukhusnivå om ersättning enligt DRG-systemet för utförda hälso- och sjukvårdtjänster. Sjukhusledningarna i sin tur använder DRG-systemet som en grund för att fördela intäkterna.

Men när DRG-systemet används som fördelningsnyckel får det styreffekter som uppenbarligen inte varit avsedda. Det förleder, enligt uppgift, klinikerna att undvika de mer komplicerade patientfallen och föredra de enklare, då ju ersättningen är densamma. En sådan kortsiktighet skulle kunna stå i motsättning till det mer långsiktiga behovet av kompetensutveckling och forskningserfarenhet. Andra ersättningssystem, som används inom t.ex. i primärvården, kan leda till liknande taktik som motiveras mer av det ekonomiska systemets effekter än av vad som är medicinskt motiverat.

Informanterna anser att DRG-schablonerna ger sken av automatik men samtidigt lämnar för mycket utrymme för förhandlingar om ersättning. Behov och saklighet ska styra, men informanterna uppfattar också att det finns ett tolknings- och förhandlingsutrymme. Utfallet för den enskilda kliniken blir, menar de, en fråga om verksamhetschefens skicklighet i förhandlingarna med sin sjukhusledning. Vissa uppdrag har goda möjligheter till förtjänst, medan andra ger mindre eller är förlustbringande men måste likafullt utföras.

DRG är ett system för beräkning av standardkostnader. Jämförelser på dess grund kan säga någonting om *produktiviteten* i olika verksamheter. Men belysa *effektiviteten* hos dem, dvs. deras effekt på hälsotillståndet hos befolkningen, behövs ytterligare steg. Om DRG kopplas till t.ex. QALY ("quality adjusted life years" som mått på hälsoeffekt) – som man gör på specialistkliniken - så får systemet mer mening. Man kan även koppla till andra, vidare resultatmått, t.ex. frekvensen av återintag, som man gör vid den geriatriska kliniken. Resonemanget innebär att en viss verksamhet kan vara mycket framgångsrik i DRG-termer men ändå principiellt kunna ifrågasättas. En behandling

med låg medicinsk nytta bör kanske inte prioriteras, även om de faktiska kostnaderna är ovanligt låga jämfört med samma ingrepp på andra kliniker. En förändring kan betona ett dubbelt mål: att göra rätt saker (hög hälsoeffekt) och att göra saker rätt (låg kostnad i förhållande till DRG).

En uppföljningsmodell av hälso- och sjukvårdens effekter har antagits av landstingsfullmäktige. Den bygger på ett antal indikatorer och är under utveckling.²⁶

När kalkylerna visar att avtalade vårdvolymer kommer att uppfyllas kan överkapacitet hos kliniken säljas internt inom sjukhuset eller externt till andra landsting eller andra länder. Då kan helt andra ersättningsystem eller ersättningsnivåer användas. Systemet framstår som en förhandlingsekonomi med en marknadsmöjlighet för extra förtjänst.

Prioriteringar

De medicinska möjligheterna ökar, vårdbehoven växer i en åldrande befolkning, men de ekonomiska resurserna växer inte i motsvarande grad. På olika nivåer inom hälso- och sjukvården ställs man i allt högre utsträckning inför svåra prioriteringar.²⁷

En allmän förväntan är att kodifierade etiska värderingar i en viss verksamhet ska användas som grund för prioriteringar i dess praktik. Landstingets Värdegrund ska ge ramar för såväl horisontella som vertikala prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. Vår undersökning indikerar emellertid att man i den lokala verksamheten ännu inte införlivat Värdegrunden på avsett sätt. Den används därför inte heller när det gäller prioriteringar.

Vars och ens individuella värderingar ger inte så stor ledning i prioriteringsfrågorna. I våra enkäter visar det sig att svarspersonerna är obenägna att differentiera mellan olika grundläggande värderingar, även när två tydliga alternativ ställs direkt mot varandra. Man är för båda. Det finns en stark tendens att vara positiv till alla värderingar, som ses som goda. Då finns risken att man i överambition spänner bågen för hårt. Allt ska göras

²⁶ Övergripande uppföljningsmodell LS 0505-0807

²⁷ se t ex Läkartidningen 43/2007

på en gång. Bristande prioriteringsförmåga kan resultera i en överansträngd arbetssituation.

En annan möjlig följd av obenägenhet att göra tydliga principiella prioriteringar är att den faktiska resursallokeringen överlämnas till slumpen eller till andras styrning. Utan en tydlig och praktisk prioriteringsnorm finns risken att medarbetarna ägnar sig åt det som de för stunden har för händerna eller tar hand om de mest påstridiga först.²⁸

Behovsprincipen visar sig i våra undersökningar ha ett mycket starkt stöd bland personalen på klinikerna. En fråga är dock hur väl den principen lämpar sig för prioriteringar. Den med störst behov är ofta också den som är svårast att verkligen hjälpa. Ett annat angreppssätt, som också förespråkas, är att sätta in vård på ett tidigt preventivt stadium – innan behovet blivit akut.

Det konsekvensetiska resonemanget har ringa stöd bland övrig personal. Också läkargruppen ger ett större stöd till behovsprincipen än till nyttoprincipen, men skillnaden är mindre än hälften jämfört med andra yrkesgrupper.

Erfarenheterna från våra undersökningar vid de fyra klinikerna visar dock att konsekvensetiska argument används i diskussionen om prioriteringar ute i verksamheterna. Man kan bedöma nyttan för den enskilde av olika åtgärder. Man kan jämföra nyttan av en viss insats för den ena patienten i relation till den andra. Man kan väga nyttan av en viss resursinsats för en patientgrupp (eller diagnos) i relation till en annan. Och man kan överväga den allmänna nyttan av alternativa insatser. Det är av vikt, menar vi, att de konsekvensetiska argumenten kommer fram i diskussionen och inte undertrycks.

Värdegrunden tycks oss framsynt som lyfter fram nyttoprincipen som en rättvis princip (se sid 23) istället för att använda beteckningen ”kostnadseffektivitet”. Legitimitet och rättvisa ligger i att kunna motivera de bortprioriteringar som man nödgas göra och det tycks oss svårt att undvika konsekvensetiska resonemang. Personer som ingår i en grupp som inte får vård kan möjligtvis acceptera ett sådant beslut om samma resursinsats kan

²⁸ Jmf Dagens medicin 12/2007: ”Prioriteringar i vården sker ofta utan kunskap”. Artikeln kommanderar rapporten Vårdens alltför svåra val, som utarbetats på Socialstyrelsens uppdrag av Prioriteringscentrum, i Linköping.

hjälpa dubbelt så många med en annan diagnos. Men om den andra sjukdomen kräver dubbelt så mycket resurser per person för ett likvärdigt resultat så framstår bortprioriteringen som orättvis.

Vi tror att utvecklingen går mot ökad transparens och öppna prioriteringar. Denna utveckling kan man se som en nödvändighet, en möjlighet eller en moralisk skyldighet. Speciellt för de öppna horisontella prioriteringarna kommer rimligen nyttoprincipen att få en allt större roll. Det framstår också som angeläget att man förbättrar kvaliteten på prioriteringarna genom att ta större hänsyn till resultat från evidensbaserad uppföljning och forskning.²⁹

Skarvfokus – relationer mellan länkarna i vårdkedjan

När olika organisationer samarbetar för ett gemensamt resultat finns risk att det uppstår problem i gränzonen där den enas ansvar upphör och den andra ska ta vid. Det gäller också för de olika länkarna i vårdkedjan. Vi har under projektets gång hört många berättelser om patienter som hamnat mellan olika vårdgivare och där ingen tagit ansvar för helheten. För aktörerna är det då lätt att se den egna organisationens handlingslogik medan tillkortakommanden skylls på andra. Bland våra fyra kliniker är det främst inom geriatriken och primärvården som det har riktats mycket kritik mot andra delar av systemet. Det kan röra sig om gränssnittet mellan akutsjukvården och den egna verksamheten. Det har inte sällan gällt relationen till den psykiatriska verksamheten. Kritik har även riktats den kommunala vården och omsorgen.

Organisatoriska förändringar kan vara ett sätt att tackla problemet, intensivare samråd ett annat. Vissa informanter upplever samarbetsvårigheter – främst på chefsnivå – medan andra pekar på informationsglapp. Det senare aktualiserar frågan om ett samordnat journalsystem, där effektiv information måste vägas mot sekretess och patientens integritet.³⁰ En väg att gå är att förbättra samordningen, en annan att göra verksamheter mer autonoma, frikopplade från varandra och ge dem ett tydligare ansvarsområde.

²⁹ I detta hänseende syftar vi både på verksamheter inom landstinget och rapporter från t ex SBU.

³⁰ I SOU 2006:82, *Patientdatalag*, föreslås en ny sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården.

I vår studie har framkommit att vissa patientgrupper får mycket omfattande vård från flera olika vårdgivare med olika huvudmän. Det finns patienter som får upp till sex besök dagligen av hemtjänsten, två från distriktsköterskan och ytterligare två från geriatrikens SAH (sjukhusanknuten hemsjukvård). Helheten kan gå förlorad vid en uppdelning på så många vårdgivare; patientsäkerheten minskar. Man kan ställa frågan om detta är mer kostnadseffektivt än institutionsvård. Man kan på nytt överväga att låta den kommunala omsorgen ta över fler uppgifter från den geriatriska vården.

Värdegrunden gäller för offentligt finansierad hälso- och sjukvård inom landstingsområdet. Inom landstingets egen organisation är det förhållandevis lätt att följa upp att den efterlevs. Men det blir svårare när upphandlingen sker från andra, vårdgivare, landsting eller utländska aktörer. Värdegrunden kan skrivas in i upphandlingsavtal, men uppföljningen och kontrollen blir svårare.

En jämförelse med näringslivet kan göras. Där finns det numera en vidstäckt acceptans för principen ”supply chain responsibility”. Det betyder att den organisation, som bär huvudrelationen till kunden, t.ex. distributören IKEA, får ta ansvar inte bara för sin egen verksamhet och dess moraliska kvalitet utan också för vad de andra aktörerna i produktionskedjan har gjort. Detta ansvar axlar man genom utformningen av de avtal, som man sluter med sina leverantörer i en rad olika länder. Men man måste också genom egna inspektörer på plats följa upp att underleverantörerna faktiskt efterlever innehållet i avtalen och följer IKEA:s uppförandekod, t.ex. vad gäller arbetsvillkor och miljö.

Med en allt mer global marknad för upphandling av både tjänster, läkemedel och utrustning till vården tar på motsvarande sätt landstinget på sig ett utökat ansvar för sina underleverantörer. Det gäller att se till att Värdegrundens principer respekteras i hela den egna leverantörskedjan.

Nästa fråga gäller i vilken mån omvärlden kan förvänta sig att landstingets Värdegrund också ska vara giltig för de delar av vårdkedjan, där andra huvudmän bär ansvaret. I strikt mening är så inte fallet, men frågan är om inte landstinget i överläggningar med

andra huvudmän, t.ex. kommunerna, borde ta initiativ till att man gemensamt ställer sig bakom Värdegrunden och kommunicerar det ställningstagandet.

Förändringstryck och forskningsintresse

Två av de i studien ingående klinikerna är högt specialiserade verksamheter med betydande investeringar i utrustning och utbildning. Som universitetskliniker har de forskningsanknytning, vilket skapar särskilda förutsättningar.

Den formella balansen mellan forskning och kliniskt arbete regleras i FoUU-avtalet mellan landstinget/beställaren och Karolinska Institutet. De regionala forskningsetiska kommittéerna ska på uppdrag från fakulteter och landsting pröva forskningsprojekt, genom att bl.a. värdera risk och nytta samt granska hur patienterna blir informerade och hur de ger sitt samtycke till medverkan.

Forskningsintresset och det kliniska intresset kan komma i motsättning till varandra. I två av våra studier kan vi konstatera att klinikerna har börjat behandla sjukare patienter än man förut tog sig an. Det finns flera skäl till detta. Den medicintekniska utvecklingen gör stora framsteg. Klinikerna har vidare utvecklat sin teknik och blivit skickligare. Därmed kan man behandla allt sjukare patienter, eller äldre, eller sådana som av andra skäl kan ha sämre prognos.

Det kan också vara så, att en klinik för att upprätthålla sin operativa kompetens måste vidga sitt patientunderlag till grupper med högre risk. En av våra kliniker, som arbetar med en etablerad metod, utsattes för konkurrens från en annan specialitet med en nyare alternativ metod, som framför allt tog över de enklare fallen. Tillfällena att operera minskade. Kanske fick en kirurg operera varannan vecka. På motsvarande kliniker utomlands opererar kirurgerna, enligt uppgift från en av våra informanter, varannan dag. Detta är en fråga om patientsäkerhet; hur ofta måste en kirurg operera för att inte bli en ”riskfaktor”? Kliniken började i denna situation att ta emot patienter med en mer komplicerad diagnos. Ett alternativ hade varit att krympa den egna organisationen, så att tillfällena att operera kunnat fördelas på färre operatörer.

Men forskning och utveckling kan också kräva att man tar emot patienter med högre risk för att vinna erfarenheter. Sådan behandling, som äger rum inom ramen för forskningsprojekt, har prövats av den forskningsetiska kommittén. En sådan granskning löser emellertid inte alla tolkningsproblem som kan uppstå i det enskilda fallet. På en av klinikerna har man prövat att föra över sin behandlingsmetod till patienter med andra diagnoser och har i det sammanhanget kritiserats av kolleger för bristande forskningsetik.

Besluten att behandla allt sjukare patienter har i vissa fall kritiserats av våra informanter. Det tycks som om det här kan finnas en skillnad mellan läkarnas och den övriga personalens värderingar. De, som utför det vardagliga omhändertagandet, kan tycka att patienterna i vissa fall utsätts för alltför stor risk och lidande genom den behandling som den ansvarige läkaren ordinerat. Vid våra intervjuer har i några fall företrädare för övrig personal framfört misstanken, att forskningsintresset gått före omsorgen om patienten. Här behövs en fortlöpande etisk dialog om de individuella fallen och lokala handlingsregler att utgå ifrån.

Inom vissa områden tycks ”det teknologiska i imperativet” gälla: om något blir tekniskt möjligt, så kommer det också att bli implementerat. Invändningen mot att så sker är att man bör överväga om det möjliga också är önskvärt. När möjligheterna ökar, reser centrala frågor. I vår undersökning är ledningarna och läkarna generellt mer positiva, medan sköterskor och undersköterskor tycks mer försiktiga, i sin bedömning av de möjligheter som tekniska förändringar erbjuder.

Ur de enskilda patienternas perspektiv är det, får man anta, i regel inget dilemma: de önskar all den vård de kan få. Däremot håller läkarna i vissa fall, enligt våra informanter, emot överoptimistiska patientönskemål. I Sverige anses, menade en intervjuperson, en sannolikhet för framgång med en behandling på åtminstone 25-30 procent vara ett minimum. I ett utvecklingsprojekt skulle man kunna gå ned till lägre tröskelnivåer. I en amerikansk miljö skulle man vara beredd att behandla en betalande (sic!) patient även om chansen att lyckas vore näst intill obefintlig.

Att behandla allt sjukare patienter kan också få också andra följder som behöver uppmärksammas. I ett av våra fall uppstod problem med köbildning på intensivvårdsenheterna. Om man opererar en patient, som tillhör en högre riskgrupp, finns

riskerna att vederbörande kan behöva längre intensivvård. Eftersom antalet intensivvårdsplatser är begränsat kan platsbrist uppstå. Någon annan patient kan bli tvungen att lämna intensivvården tidigare än vad som annars varit fallet. En planerad operation kan få skjutas upp. Det betyder att den högre risken med en sjukare patient delvis kan få bäras av de andra, faktiska eller potentiella patienterna. Detta aktualiserar en diskussion om prioriteringar utifrån rättviseperspektivet.

Fusion

Fyra av de kliniker, som ingår i studien, har under perioden slagits samman till två. Vi har studerat fusionsförloppen. I bägge fallen har det rört sig om verksamheter som vid sammanslagningen sett sig ganska olika. Det fanns tydliga föreställningar om att den ena kliniken vann och den andra förlorade. Fusionsprocesserna ställde ledningarna på prov och resultaten, så långt de kan överblickas, ter sig ganska olika.

I det ena fallet beskrevs den egna organisationen av sina medarbetare som ”en hierarkisk pyramid med en karismatisk chef”. Den andra organisationen betecknades av egna medarbetare som ”en anarkistisk arkipelag”. Bägge uppskattades högt av de egna medarbetarna. Det är självklart att en sammanslagning av så olika enheter är en utmaning, förutom den oro som all förändring utlöser hos personalen. Resultatet kan emellertid sammanfattas med att mycket, som hade kunnat bli olyckligt, nu fick en positiv lösning. En låg grad av styrning – vid sidan av ekonomiska nyckeltal – från ledningen skapade ansvar hos dem, som fick flytta ifrån sitt tidigare sjukhus. Deras farhågor var att de skulle tvingas till en omskolning både till värdklinikens ideologi och till dess rutiner. Istället fick de inflyttade själva genomföra en minifusion av personer som arbetat på olika avdelningar vid den gamla kliniken. Den nya ordningen blev deras, inte den mottagande klinikens. Fokus på ekonomisk redovisning och resultatutveckling uppfattades som en bekräftelse på att enheten fungerade. Nu ses fusionen av de flesta inblandade som ett avslutat kapitel.

I det andra fallet slogs en traditionsbärande klinik med hög status samman med en klinik präglad av nybyggaranda. Det fanns sedan gammalt en ”prestigekamp” mellan de två organisationerna. Sammanslagningen föregicks av internt och externt utredningsarbete och flera förslag till organisatorisk uppbyggnad, som belyste möjligheterna till

besparingar, visade sig i efterhand orealistiska. Det gällde t.ex. prognosen över det framtida behovet av operationer.

I denna fusion fick den inflyttande kliniken en mycket starkare ställning. Den var visserligen mindre, men kom att dominera den nya klinikens ledning. Detta uppfattades som ”hotfullt” av viss personal i den mottagande kliniken och ett ”mottryck” utvecklades. Detta påverkade stämningen på kliniken och motståndet ledde till konflikter på flera plan. Ledningen fick efter en tid avgå. Nu söker en ny ledning, utan band till någon av de tidigare klinikerna, att skapa en fungerande organisation. Den i samband med fusionen införda organisationsmodellen har övergivits och dess ”kulturrevolution” har avklingat.

Svårigheterna är i linje med erfarenheterna inom näringslivet: fusioner når i många fall aldrig de mål som avsetts. De kulturella skillnaderna undervärderades. Resultatet blev en ledningskris och en påfrestande situation för medarbetarna. Personalomsättningen var stor. Många som hade flyttat med till den nya arbetsplatsen sökte sig tillbaka eller till andra arbeten. Som en följd av detta underproducerade kliniken, vilket bidrog till att en kö av patienter byggdes upp. Den dimensionering av verksamheten, som ledningen vid fusionen kalkylerat med, slog fel. Detta ledde under studiens sista år till att en rad ad hoc-åtgärder måste vidtas – både på kliniken och divisionen och hos beställaren – för att reda ut situationen.

I bägge de här studerade fallen skulle sammanslagningen ske utan större avbrott i produktionen. Arbetet med att utveckla den etiska kompetensen – däribland att utforma lokala handlingsregler i enlighet med Värdegrunden – sköts åt sidan.

Erfarenheter från fusioner i andra sammanhang ger vid handen att ett aktivt arbete med organisationens värderingar ökar förutsättningarna för att en sammanslagning blir framgångsrik. Värdegrundsfrågorna kan vara en framgångsfaktor i fusionsprocesser. Denna möjlighet utnyttjade man inte i de här aktuella fallen.³¹

³¹ Författarna har arbetat med flera stora bolag inom det svenska näringslivet i framgångsrika projekt, där integration av fusionsparter har varit ett av skälen till att arbeta aktivt med organisationens värderingar.

Slutsatser och reflektioner

Om Värdegrunden

Vid vår undersökning har vi funnit både vilja och kunskap hos personalen att ta upp och diskutera den etiska problematiken i olika avseenden. I våra fall har inslag av etisk handledning och diskussion i den dagliga verksamheten inte drivits systematiskt utan mer ad hoc, utom på en av klinikerna. Viss arrangerad dialog har förekommit. På någon klinik har det skett i anknytning till särskilda patientfall – då det får karaktär av debriefing – och på en annan i samband med studie- eller planeringsdagar.

Vi har inte funnit att Värdegrunden används de lokala samtalen. Däremot finns skriften i miljön på flera håll: i ett ställ på disken till en mottagning, i bokhyllan i ett väntrum för patienterna eller i ett tjänsterum. På någon av klinikerna presenterades policydokumentet kortfattat i samband med en studiedag, på en annan när skriften distribuerades efter landstingsfullmäktiges beslut i juni 2002. Kännedomen bland våra informanter om policydokumentet var, som framkom i våra intervjuer, mycket varierande. Man har i ledningen för de fyra klinikerna inte sett det som en prioriterad uppgift att i enlighet med Värdegrunden utarbeta lokala handlingsregler.

Skälen till detta kan vara flera, enligt våra informanter:

(a) Ledningsresurserna är ansträngda och det har inte funnits indikationer från beställaren att Värdegrunden ska prioriteras i förhållande till andra centrala initiativ. Att prioritera bort arbetet med Värdegrunden kan i den situationen vara ett rationellt agerande från den lokala ledningen.³²

(b) Personalresurserna är ansträngda. Om personalen ska läsa Värdegrunden på arbetstid, så måste andra arbetsuppgifter prioriteras ned, säger en av våra informanter i chefsposition. Om

³² Detta är ett förhållningssätt som är mycket vanligt i de flesta moderna stora organisationer. I ett storföretag som vi arbetat med hade man ungefär samtidigt från ledningen initierat ca 15 policyprojekt, som lokala chefer skulle hantera i sin dagliga verksamhet. Eftersom det var oklart om någon någonsin skulle fråga efter hur man hade förfarit, så var det naturliga att lägga projekten lite åt sidan och fortsätta med det som – bokstavligen – räknades. Enligt den tolkningsram som Brunsson (1989) och Alvesson (2006) tillhandahåller är detta också det riktiga förhållningssättet: pratnivå och verksamhetsnivå skall inte kopplas samman.

personalen ska samlas till en meningsfull genomgång av Värdegrunden, för att utveckla en lokal tolkning som kan läggas till grund för lokala handlingsregler, kräver detta minst en studiedag, säger en annan. De resurserna tycker man sig inte ha, med mindre än att beställaren anvisar extra medel.

(c) Ingen uppföljning sker – varken inom ramen för ledningssystemet eller resurstilldelningssystemet. Därför hamnar uppdraget att utarbeta lokala handlingsregler i anslutning till Värdegrunden i skuggan av mer påträngande uppgifter.

(d) Innehållet i Värdegrunden innebär, menar flera informanter, ingenting nytt. Man har därför inte vidtagit några särskilda åtgärder med anledning av policydokumentet. Man förlitar sig på sin professionella hållning och på de rutiner som man utvecklat i verksamheten. Värdegrunden gäller förvisso, men den lever inte.

Policydokumentet innefattar ett uppdrag att utforma normer och lokala handlingsregler. Det måste rimligen bygga på en lokal tolkning av policydokumentets vision, grundläggande värden och principer för att åstadkomma en anpassning till lokala omständigheter. Det innebär en flexibilitet, men hur vidsträckt denna kan vara har så vitt vi vet inte prövats. En av klinikerna utvecklade ett ambitiöst eget arbete med styrande värderingar i verksamheten. Själva menar de att detta låg inom ramen för det lokala tolkningsutrymmet. Andra har ansett att det inte var förenligt med den fastställda värdegrunden.

I den utvecklingsprocess, som anges i Värdegrunden, identifieras tre nivåer i organisationen, som var och en ska ge sitt bidrag. Ett centralt beslut har fattats om vision, grundvärden och principer. Normer ska utifrån dessa utformas på mellannivån. På den lokala nivån skall handlingsregler formuleras.

Det centrala beslutet ska med andra ord inte oförmedlat verkställas den lokala nivån. På mellannivån i den hierarkiska organisationen ska Värdegrundens grundvärden och principer omsättas i normer och dialog ska initieras med den lokala nivån för att stödja utformandet av lokala handlingsregler. Detta har, så vitt vi har kunnat se, inte skett. Därmed har de lokala cheferna saknat det avsedda stödet för arbetet med att utforma lokala handlingsregler. I studien har också framkommit att inte heller beställaren vare sig har fört en dialog med cheferna i produktionen eller följt upp att normer och handlingsregler har utformats.

*

Vad kan då göras? Vår studie påvisar att det finns ett starkt lokalt stöd vid de fyra klinikerna för att ha en värdegrund och att man instämmer i hög grad med vision, grundvärdena och dess principer. Hur kan man gå vidare för att säkerställa att den antagna Värdegrunden genomsyrar verksamheten?

Erfarenheter från stora organisationer i näringslivet säger att en ”top-down” implementering av en gemensam värdegrund kan mötas av olika slags tröghet eller till och med motstånd på den lokala nivån. Kontrollapparaten kan bli betungande. Legitimiteten kan bli ifrågasatt. En mycket strikt tolkning innebär också att man på central nivå tar över ansvar, som egentligen hör hemma på lokal nivå.³³

Man kan välja mellan olika strategier. En möjlighet är att ledningen nöjer sig med en *svagare* ambition att styra centralt med sitt policybeslut. Det innebär inte att man svävar på målet eller är osäker om färdriktningen. Men det innebär att man betonar policyns stödjande roll i den process, som det innebär att leda med värderingar. Då får man i högre grad förlita sig på medarbetarnas tolkning av den etiska plattformens innebörd. Då får man acceptera en större variation av tolkningar, en större flexibilitet. Däri ligger en naturligtvis en risk. Samtidigt kan man på det sättet få större engagemang och delaktighet i organisationen.

En annan möjlighet är att den centrala ledningen av trovärdighets- eller säkerhetsskäl *starkare* vill normera den lokala praktiken. Då tar man på sig ett mer omfattande arbete att reglera, förklara och följa upp hur värdegrunden efterlevs ute i verksamheten. Det krävs inte sällan ett särskilt uppdrag – på de finansiella marknaderna talar man om en ”compliance officer” – att vårda och följa upp regler och policys.

Om nu Stockholms läns landsting med Värdegrunden vidhåller en sådan *stark* ambition – och vi uppfattar att så är fallet – så återstår ett betydande arbete med att införliva policyn i verksamheten. Många verksamheter deltog aktivt i arbete med att utforma en gemensam policy före beslutet, men därefter har av olika skäl alltför lite genomförts av det som varit

³³ Kan, för att ta ett exempel från näringslivet, IKEA eller HM verkligen *garantera* att inga barnahänder har medverkat i en produktion någonstans i tredje världen? Och vad gör man om så är fallet? Företagen förväntas ta detta ansvar, antalet kontrollanter är stort, vika åtgärder som skall vidtas är i det lokala sammanhanget långt ifrån självklart och en svekdebatt kan lätt startas i media.

avsikten. Landstingsledningen måste på nytt för verksamheterna klargöra sin ambition och ange dess grad av prioritet. Sedan måste man genom dialog stödja arbetet på att lokalt och aktivt omsätta policydokumentets innebörd och på den grunden utforma lokala handlingsregler. Slutligen måste någon form av återrapportering införas, samordnad med annan uppföljning av produktionens nyckeltal.

Om delstudiens andra teman

Om organisation, ledning och professionella roller

Att införliva Värdegrunden och utforma normer och lokala handlingsregler förutsätter ett lokalt tolkningsarbete. Offentligt finansierade verksamheter inom hälso- och sjukvården kan vara organiserade och utformade på olika sätt och ledarnas roll skiftar. I vår studie har vi identifierat frågor som vi menar bör följas upp i särskilda empiriska studier:

- Innebär olika organisationsdesign och olika ledarskap att de lokala handlingsreglerna, som ska utformas enligt Värdegrunden, får olika utformning eller tonvikt?
- Hur formar olika ledare i olika organisationer sitt värdegrundsbaserade ledande?
- Hur kan ett organiserat lärande kring olika erfarenheter åstadkommas?

Om ekonomistyrning

Den centrala ekonomistyrningen har, enligt våra iakttagelser, låg legitimitet ute i verksamheten. Ekonomisystemet präglas av kostnadssidan medan intäktssidan – effekter i form av förbättringar i hälsa – får en för undanskymd roll i det lokala perspektivet. Det innebär att ekonomistyrningen inte används särskilt effektivt för att främja den vision samt de grundvärden och dess principer som Värdegrunden vilar på. Man bör överväga vilka ändringar i de ekonomiska rutinerna, som skulle kunna stimulera till en större uppmärksamhet på de etiska frågorna. En utökad dialog kring styrmekanismer kan behövas. Det kan också vara skäl att överväga hur tydligare incitament skulle kunna utformas genom ekonomistyrningen. Vår bedömning är att det inte finns någon stor risk för ”ekonomism”, dvs. en sådan överbetoning av den ekonomiska rationaliteten, som går ut över grundläggande värden i vården. Det är en uppmärksam fråga. Det finns också starka professionella grupper inom hälso- och sjukvården, som håller emot en sådan utveckling.

Förändringstakten har varit hög; den ekonomiska styrningen måste ha en bättre kontinuitet. Vad som tarvas är att öka såväl varaktighet som argumentation; legitimitet byggs upp successivt. Beställaren behöver specificera mätbara prestationer så att fokus inte ensidigt ligger på kostnader. En högre ersättning för besök i primärvården – oavsett ändrade principer för kapiteringsavgifter – aktualiserar frågan att gradera besöken för att inte ge oönskad stimulans åt ”enkla” besök. Ett viktigt mått för att bedöma prestationen är att se på effekten i QALY (quality adjusted life years). Hur stor hälsoeffekt en klinik har åstadkommit med sina resurser är väl så intressant som om resursförbrukning ligger i linje med budget.

Om prioriteringar

Behovsprincipen har ett starkt lokalt stöd, visar vår studie. Men i vissa verksamheter används också nyttoresonemang – inte bara i form av kostnadseffektivitet på den individuella nivån. Vi menar att prioriteringar i ett brett etiskt perspektiv måste kunna diskuteras även med hjälp av bredare konsekvensetiska argument.

Vi finner det anmärkningsvärt hur lite uppmärksamhet och genomslag som det arbete med evidensbaserad vård, som bedrivs på olika håll, tycks få i den lokala verksamheten. Vi menar att evidensbaserad kunskap bör få väga tungt vid både horisontella och vertikala prioriteringar.

Om skarvfokus

När det gäller verksamheter inom landstingets egen organisation bör beställaren i dialog med verksamhetsansvariga - och verksamhetsansvariga i dialog med verksamheterna - se till att lokal samverkan och samsyn säkerställs.

I förhållande till utomstående aktörer, som landstinget ackrediterar eller sluter leveransavtal med, är det angeläget att Värdegrundens grundvärden och principer anges som grund enligt principen ”supply-chain-responsibility”.

I förhållande till aktörer som landstinget samverkar med, t.ex. kommunerna, är det angeläget att verka för att Värdegrunden som utfästelse gäller i hela vårdkedjan, oavsett vårdgivare.

Om förändringstryck och forskningsintresse

Utvecklingen i hälso- och sjukvården, som drivs av forskning och teknologiska förändringar, skapar behov av fortlöpande etiska diskussioner, såväl utifrån den kliniska verksamhetens som ur forskningens perspektiv. För att undvika potentiella konflikter mellan forskningens intresse och de enskilda patienternas behovs – i tillägg till gällande FoUU-avtal och utöver den etiska granskningen av forskningsprojekt – i det lokala, enskilda fallet en tydlig dialog kring normer och lokala handlingsregler knutna till Värdegrunden.

Om fusion

Vid sammanslagning av enheter i vårdens organisationer – liksom på andra håll t.ex. i näringslivet – måste de ansvariga uppmärksamma värderingarnas och ledarskapets roll för ett lyckat resultat. Att göra en sådan noggrann studie ingår i vad som i näringslivssammanhang kallas ”due diligence”³⁴. Erfarenheten visar att svårigheter att fusionera skilda organisationskulturer lätt underskattas. Å andra sidan kan dialog och kommunikation kring rådande värderingar bli viktiga moment i integrationsarbetet vid en sammanslagning.

Vi har i denna studie följt två fusioner. Ett av fallen måste bedömas som en väl genomförd fusion, medan det andra visade sig betydligt mer komplicerat och ledde till problem. Det finns fortsättningsvis anledning att utifrån dessa och andra liknande fall diskutera hur framtida sammanslagningar bör utformas.

³⁴ ”Vederbörlig granskning”, den granskning av ett företag som görs innan beslutet om en investering tas och som ger den presumtive ägaren en möjlighet att bilda sig en uppfattning om företaget samt att kontrollera att de uppgifter som säljaren lämnat stämmer med verkligheten.