



Anna Krohwinkel,
Unni Mannerheim och
Hans Winberg

Mot en modern styrning av vården

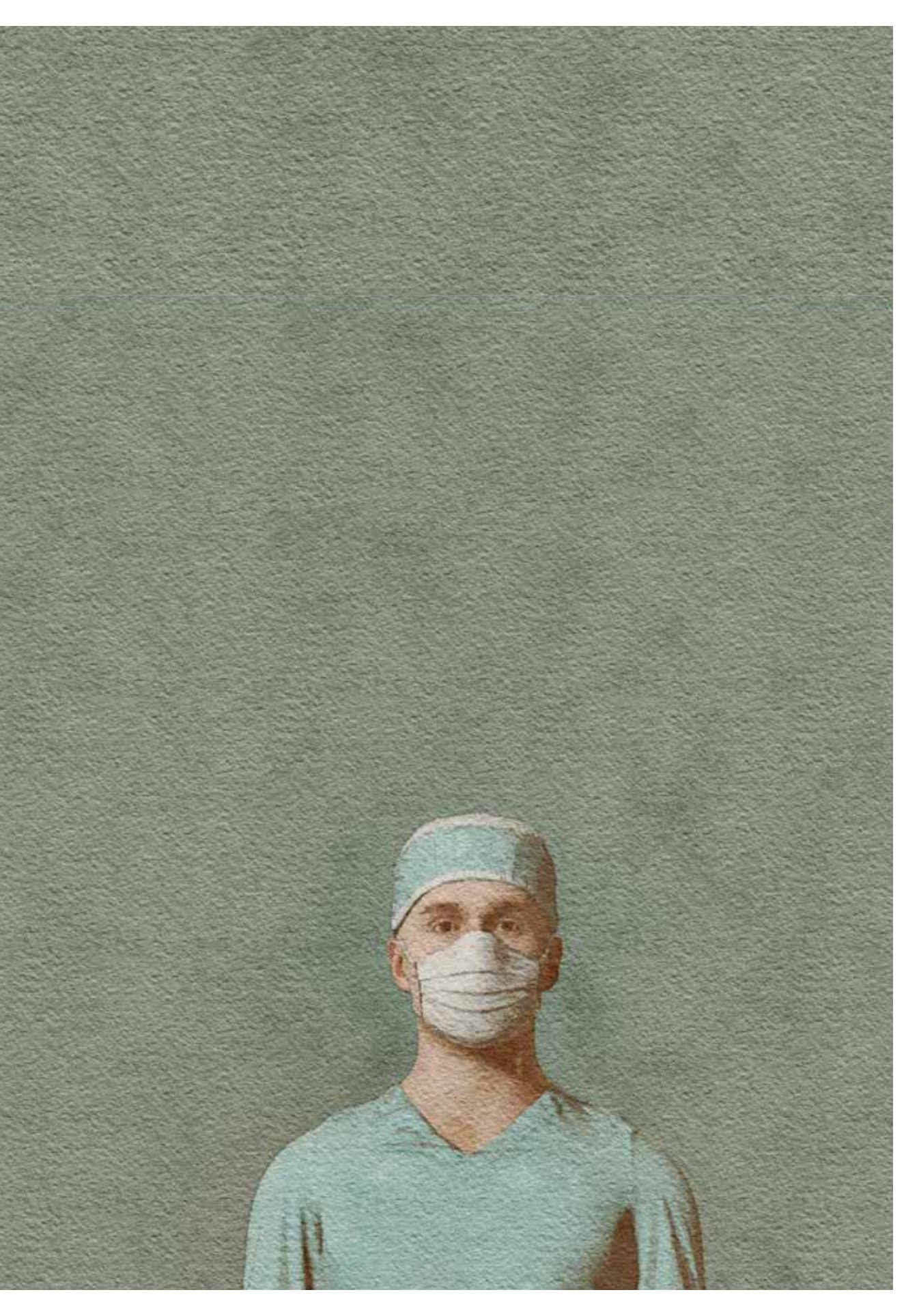
I korthet

Utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården bedrivs ofta utifrån föreställningar som inte tar hänsyn till variationen och komplexiteten i de behov som verksamheten måste svara upp till. ■

Hälso- och sjukvården befinner sig i omvälvande tider. Coronapandemin har visat att en sektor som normalt ses som trögrörlig är förmögen till snabba förändringar under press, vad gäller både resursfördelning och arbetssätt. Antalet intensivvårdsplatser har utökats rekordsnabbt och andelen digitala vårdbesök har skjutit i höjden. Samtidigt har utmaningar synliggjorts, bland annat vad gäller fördelningen av ansvar mellan sjukvård och äldreomsorg i fråga om smittskydd och behandlingsinsatser för sköra äldre. Bland förbättringsförslagen finns både mer utrymme för individanpassning och tydligare riktlinjer att följa.

Mönstret är inte förvånande. Reformen med fokus på ömsom mer tillit till professionella bedömningar, ömsom mer standardisering och regelefterlevnad har avlöst varandra inom hälso- och sjukvården de senaste decennierna. Avvägningen är svår, speciellt på områden som präglas av snabb vetenskaplig utveckling och hög komplexitet. Är det möjligt att utveckla en styrning som beaktar hälso- och sjukvårdssystemets brister och samtidigt bygger in flexibilitet i tjänsteutövandet?

Det behövs en mångfald av perspektiv för att problematisera vedertagna begrepp och öppna för nya lösningsförslag. Under ett par års tid har vi därför sammanfört mer än sjuttio forskare och praktiker från våra nätverk i ett antal arbetsgrupper för att tillsammans diskutera och analysera transformationen mot framtidens system för hälsa, vård och omsorg. I stället för att utvärdera olika styrinstrument har vi utgått från olika slags resurser som behöver kombineras för att få till en god vård, och undersökt vilken formell och informell styrning de är föremål för. I den här artikeln redovisas våra





Hälso- och sjukvårdens ambition har under de senaste århundradena vidgats från att bota och lindra de mest akuta sjukdomarna till att även ta sig an kroniska och komplexa tillstånd”

slutsatser kring hanteringen av *data, kompetens och kunskap*. Texten bygger på boken *Moderna policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt*, som sammanfattar forskningsprojektet i dess helhet.

Vi har tagit avstamp i de breda utvecklingstendenserna inom hälso- och sjukvården. Vi ser att den medicinska utvecklingen inom många områden är imponerande och att den digitala revolutionen på allvar börjat slå igenom, vilket sammantaget har förändrat villkoren för hur vård kan erbjudas och konsumeras. Hälso- och sjukvårdens ambition har under de senaste århundradena vidgats från att bota och lindra de mest akuta sjukdomarna till att även ta sig an kroniska och komplexa tillstånd. Förståelsen har ökat för hur hälsa samvarierar med livsstil och miljö, vilket motiverar mer preventiva åtgärder för att minska riskerna för sjukdom. Utvecklade möjligheter för individer att själva inhämta kunskap om sitt eget hälsotillstånd har lett till förändrade relationer mellan patienter och vårdgivare, exempelvis i form av krav på en mer tillgänglig och individanpassad vård. Det är en utmaning i ett system som präglas av hårt reglerade arbetssätt och starka professionella normer. I dessa avseenden håller den organisatoriska utvecklingen inom vården inte jämna steg med samhällsutvecklingen.

Vad krävs då för att modernisera hälso- och sjukvårdssystemet? Det finns några gemensamma problem och behov. Ett sådant problem är att de som försöker utveckla styrningen av sjukvården alltför mycket betonar tämligen enkla problemformuleringar och lösningar. Alltför ofta betraktas synbara effekter som de problem som reformer ska lösa, i stället för att se dem som symptom på underliggande problem. Ett exempel är frågan om vårdplatsbrist. När man ser detta som huvudproblemet snarare än ett symptom på nuvarande systembrister, bortser man från att det går att inrätta fler vårdplatser utanför sjukhusen, satsa mer på vård i hemmet eller prioritera behandlingsalternativ som minskar behovet av inneliggande vård.

Svårigheten att se underliggande problem gör att utvecklingsfrågor behandlas enligt en logik som inte tillåter någon större anpassning till variationen och komplexiteten i de behov som ska tillgodoses. I stället har det i många fall utvecklats detaljerad styrning som strävar mot att skapa tydlighet, produktivitet och likvärdighet. Denna typ av styrning ger ofta en falsk känsla av att vårdinsatser är allmängiltigt beskrivbara, och dessutom logiskt och rationellt organiserade.

Vår analys av hur *data* behandlas inom vården visar till exempel på ett vanligt förekommande antagande om att det som mäts blir synligt och jämförbart och därmed utgör ett

bra underlag för styrning. I dag sker stora investeringar i indikatorsystem inom hälso- och sjukvården, men det faktiska lärandet på basis av siffrorna är begränsat. Det återspeglar det faktum att diskussionen traditionellt handlat mycket om vad som utgör "bra" mått, snarare än måttens användbarhet i relation till specifika beslutssituationer. Mätningarnas nytta, påverkan på verksamheter och relevans för förändringsarbete tenderar också att försämrats när data bearbetas av personer som befinner sig långt ifrån dokumentationstillfället. De missar ofta de frågetecken och brister som omger ett visst mått eller resultat. För att inte data ska användas som en mer perfekt beskrivning av verkligheten än de faktiskt är efterlyser vi satsningar på mer kvalificerad analys av de data som finns, bland annat genom snabbare återkoppling mellan datainsamling och praktiskt utvecklingsarbete. Att låta lokala vård-



Låta lokala vårdverksamheter vara med och påverka vilka mått de ska följas upp på är ett annat sätt att öka relevansen av data"

verksamheter vara med och påverka vilka mått de ska följas upp på är ett annat sätt att öka relevansen av data.

Ett andra exempel på bristande anpassning till variation och komplexitet är den dominerande synen på *kunskap* som något ganska entydigt, där vad som är "god" kunskap anses kunna frikopplas från sitt sammanhang. Ett uttryck för detta är evidensbaserad medicin och randomiserade kontrollerade studier där man "rensar" för kontext och situation. Vår analys visar att det knappast råder

brist på andra kunskaper, såsom professionellt omdöme och patientkunskap, men det behöver utvecklas strukturer för att omsätta sådan mer kontextbaserad kunskap. Bland annat behöver riktlinjer som vårdprogram för specifika diagnoser vara flexibla nog att anpassas till individers olika livssituationer. De möjligheter som digitaliseringen ger att producera och dela kunskap på nya sätt, till exempel direkt mellan patienter i diagnosspecifika "communities" på nätet, kan användas mer. Här krävs en bredare syn på vad som är relevant kunskap och en öppenhet bland vårdprofessionella att ta till sig kunskap från nya källor.

Ett tredje exempel är hanteringen av *kompetens* inom vården. Indelningen i olika yrkesroller eller professioner är av tradition mycket stark i vården. Det har påverkat vilka problem och lösningar som diskuterats. Kompetensbrist tolkas

Om författarna

Anna Krohwinkel, ek. dr, är forskningschef vid stiftelsen Leading Health Care. Hennes expertområden inkluderar frågor kring hälso- och sjukvårdens styrning, organisering och utveckling. Hon har nyligen redigerat boken *Moderna Policies*.

Hans Winberg, ek. lic, är generalsekreterare vid stiftelsen Leading Health Care. Han arbetar med att brygga akademisk forskning och praktisk utveckling inom hälso- och sjukvården, de senaste 10 åren som ledare för den akademiska tankesmedjan LHC.

Unni Mannerheim, tidigare forskningsledare vid LHC och medredaktör till boken *Moderna Policies*, är statsvetare med utredarbakgrund från bland annat Regeringskansliet och statliga myndigheter. ■

till exempel ofta i termer av att det fattas personal i en viss yrkeskategori. Samtidigt behöver medarbetarna utveckla sin kompetens på nya områden. De anställda ska kunna arbeta enligt filosofin om personcentrering, använda digitala verktyg på ett flexibelt sätt och delta i tvärprofessionellt förbättringsarbete. Det försvåras när arbetet organiseras enligt rigida professionsroller och rollbeskrivningar med små möjligheter att utnyttja individuella kompetenser utöver vad regelverket föreskriver. Nuvarande indelning i etablerade yrkeskategorier skapar gränser för samarbete och riskerar att leda till professionell protektionism snarare än gemensamt driven utveckling.

Sammantaget kan vi konstatera att de temaområden vi analyserat behandlas enligt en logik som inte tillåter någon större anpassning till sammanhanget, trots att samhällsutvecklingen accentuerar behovet av mer variation och fler alternativ. Utvecklingsatsningar som utgår från rådande indelningar, kategorier och begrepp tenderar att skapa lösningar som passar gårdagens hälso- och sjukvårdssystem snarare än morgondagens. Vad bottnar det i, och vad är alternativet?

Standardiserade och jämförbara data, evidensbaserad kunskap och tydliga rollbeskrivningar lämpar sig väl under vissa förhållanden – nämligen då de behov vården ska möta är relativt entydiga och då de omgärdande förutsättningarna är stabila och förutsebara. Dessa kriterier var uppfyllda i den



hälso- och sjukvård som traditionellt varit inriktad mot att bota och lindra specifika sjukdomstillstånd, men de passar allt sämre givet de medicinska och digitala revolutionerna som medför nya möjligheter att hantera både fler och mer komplexa diagnoser, samtidigt som hälsa och livsstil hamnar alltmer i fokus.

Vad hindrar att styrningen av sjukvården håller jämna steg med utvecklingen i övrigt? Ett hinder är ett ensidigt fokus på produktivitet, eller att *göra saker på rätt sätt*, till skillnad från effektivitet, eller att *göra rätt saker*. Dagens styrning betonar i hög grad det förra – att data rapporteras i rätt kategorier, att kunskap produceras på rätt sätt eller att kompetensen anpassas till arbetsuppgiften. Denna form av produktivitet är inte oviktig, men problem uppstår när strävan att göra allt formellt rätt blir så stark att det går ut över verksamheten och hindrar att rätt saker görs för varje enskild patient.

En förutsättning för att öka effektiviteten och ändamålsenligheten är att bygga reformer på en adekvat problem- och orsaksanalys (jämför exemplet med vårdplatsbrist tidigare). Som vi har visat ovan behövs också en bättre förståelse för egenskaperna hos de resurser som ska fördelas och koordineras för att få till god vård, bland annat data, kompetens och kunskap. Vi vet att snävt formulerade förutsättningar, såsom strikt definierade roller, detaljerade arbetsrutiner och omfattande regelverk, leder utvecklingen i en riktning som bevarar nuvarande systemegenskaper. Därför har många aktuella utredningar betonat vikten av minskad detaljstyrning och alternativa styrformer baserade på tillit och professionellt handlingsutrymme.

Våra analyser visar dock att det inte enbart handlar om att välja rätt detaljeringsgrad för vårdens styrning. Det handlar även – och kanske än mer – om att välja rätt fokus, att reformera med ett innehåll som fullt ut tar vara på de möjligheter till individanpassning och flexibilitet i utförandet av vårdtjänster som medicinsk och digital utveckling medför. Erfarenheterna från Coronapandemin är långt ifrån färdiganalyserade men kommer säkerligen att leda till intensifierade diskussioner om lämplig och olämplig styrning. I det kommande reformarbetet måste vi säkerställa ändamålsenligheten i de insatser som prioriteras: att vi *gör rätt saker* med de resurser som står till buds. Det behövs för att vi ska få mer framtidsinriktade reformer. ■

Litteratur

Krohinkel, A. och Mannerheim, U. (red.) (2019), *Moderna policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt*. LHC report nr 3:2019. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.