



Stockholms
universitet

Statsvetenskapliga institutionen

Styrning inom sjukvården

En studie av Region Stockholm

Ulf Hansson

Självständigt arbete, 15 hp
Statsvetenskap III (30 hp)
Höstterminen 2019
Handledare: Martin Qvist
Antal ord (inklusive allt): 10794 (12847)

Abstract

In Sweden, the number of consultation per doctor and year has decreased from 913 to 679 during the period 2001 to 2015 according to a report from OECD. Another observation from the report is that Sweden's level is much lower than the average for 23 EU countries. That figure was 2147 consultation per doctor per year. Consultations for patients needing healthcare day and night is not registered at the Swedish hospitals. That means that the figure for consultations per doctor and year in the OECD report "Health at a glance" is underestimated.

The essay highlights how the management of patient-related healthcare works in the Stockholm region. The essay is focusing on scheduling of doctors but also on overregulation and lack of administrative support. New data was needed and the primary source for obtaining this was through semi-structured interviews. The principal-agent theory was used to analyze the management of health care in Stockholm. The conclusion was that politicians and centrally located officials, the principal, use management by objectives. A system of contracting of healthcare was the main core of the management system. The contracts were similar for public and private health care providers. The principal decentralized to the publically owned hospitals and other healthcare providers the task to improve the efficiency. That included to control that the number of medical visits per doctor and year is at a desirable level.

KEY WORDS: Health care, Principal-agent theory, Scheduling of doctors

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	4
1.1 Aktörer och organisationen för Region Stockholm	4
2. Syfte och forskningsfrågor.....	5
3. Metod	5
4. Tidigare forskning	6
4.1 Tidigare forskning om nationella strukturer	6
4.2 Tidigare forskning om styrning av hälso- och sjukvård i Sverige.....	7
5. Teori.....	8
6. Material och analys	9
6.1 Övergripande diskussion	9
6.2 Material och analys av styrningen för Region Stockholm	11
6.2.1 Styrning genom strukturella förändringar	11
6.2.1 Beställarstyrning genom avtal.....	12
6.2.2 Styrning genom uppföljning av avtal.....	12
6.2.3 Övergripande om styrning av egna sjukhus	13
6.2.3.1 Generell styrning av effektivitet hos egna sjukhus	14
6.2.3.2 Styrning av parametern schemaläggning.....	14
6.2.3.3 Styrning av parametern detaljstyrning.....	16
6.2.3.4 Styrning av parametern administrationsstöd	17
6.3 Övergripande om principal-agent teorin anpassad för Region Stockholm.....	17
6.3.1 Principalens beställning.....	18
6.3.2 Läkarkårens inflytande i verksamheten	20
6.3.3 Sjukhusledningarnas styrning.....	21
6.3.4 Primärvårdens styrning	22
7. Slutsatser	23
8. Framtida forskning	24
Referenser	25
Bilaga 1, Intervjufrågor.....	27
Bilaga 2, Källa för data om vårdbesök per läkare och år.....	31

1. Introduktion

I Sverige har antalet vårdbesök per läkare och år har minskat från 913 till 679 under perioden 2001 till 2015 enligt en rapport från OECD 2018.¹ En annan uppgift från rapporten är att genomsnittet för 23 EU-länder var 2147 vårdbesök per läkare och år. Fenomenet att Sverige har en så låg nivå jämfört med andra välutvecklade länder har under åren debatterats. I boken "Den sjuka vården 2.0" finns det underlag som anger att sjukhusläkare, dit hör 85 procent av alla läkare, har 1.9 vårdbesök per läkare och dag i Sverige.² Det saknas forskning som belyser orsakerna till att läkarna på sjukhusen i genomsnitt har vårdbesök som ligger på den nivån.

Myndigheten för vårdanalys har i en rapport från 2013 kommit till slutsatsen att "planeringen av läkares arbetstider baseras inte alltid på en analys av patienternas behov". Uppsatsen har fokuserat på styrningen av denna parameter men i hög grad också på detaljstyrning och brist på administrativt stöd i den patientnära vården.

Det saknas empiri som kan användas för att förklara att antalet vårdbesök per läkare har en sjunkande trend och att nivån är låg relativt andra EU-länder men också relativt de nordiska länderna. Den primära källan för att få in detta underlag var genom semistrukturerade intervjuer av två politiker, två centrala personer inom Region Stockholm och en ansvarig för schemaläggning på ett sjukhus. Boken "Styrning av hälso- sjukvård" av Berlin & Kastberg från 2011, rapporten "Ur led är tiden" av myndigheten för vårdanalys 2013 och utredningen "Effektiv vård, SOU 2016:2", med Göran Stiernstedt som särskild utredare, har varit ett bra underlag för att formulera frågor.

Principal-agent teorin har använts för att ta fram en teori som är specifik för styrning av sjukvården i Stockholm.³ Det finns anledning att tro att en sådan kan generaliseras till att gälla alla Regioner i Sverige, eftersom likheterna är förhållandevis stora. En avgränsning är att det i uppsatsen inte ingår svar på lösningar för att förbättra klinikeffektiviteten. Genom att informanter pekar på svagheter och förbättringar har tänkbara lösningar indirekt formulerats.

En fördel med att studera situationen inom Region Stockholm är att det finns ett stort antal sjukhus och vårdproducenter. Ett enskilda sjukhus som inte är representativt får då ett mindre genomslag i analysen.

För att försäkra mig om att informationen som OECD sammanställer speglar en verklighet kontrollerade jag hur vårdbesök och sysselsatta läkare definieras. Min slutsats var att underlaget som OECD har fått från Socialstyrelsen är relevant i begränsad utsträckning. Detta beskrivs längre fram.

1.1 Aktörer och organisationen för Region Stockholm

Region Stockholm är en komplex organisation som 2019 hade drygt 44 000 medarbetare och en budget på 104 miljarder kronor. Budgeten för hälso- och sjukvården var på drygt 70 miljarder kronor. De aktörer som har en styrande roll ingår i en starkt avgränsad beskrivning av organisationen.

Regionfullmäktige är Region Stockholms högsta beslutande organ och består av 149 politiskt valda ledamöter. Regionstyrelsen består av 20 politiker som leder och samordnar nämnder och bolag och följer upp att fullmäktiges beslut förverkligas. Det finns ett regionsledningskontor med tjänstemän som stödjer regionstyrelsen i deras arbete.

¹ OECD. Health at a Glance: Europe 2018, 183.

² Fölster, Ohlson Renstig, Wiigh, Den sjuka vården 2.0, 19 – 20.

³ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 58.

En av nämnderna är Hälso- och sjukvårdsnämnden och ordförande är politikern och sjukvårdsregionsrådet Anna Starbrink. Denna nämnd har stöd av 750 tjänstemän på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. En annan nämnd är Stockholms läns sjukvårdsområde, men ledamöterna i dess styrelse är inte politiker. Under nämnden finns en förvaltning med samma namn som i dagligt tal kallas för SLSO. Det är en producentorganisation som omfattar primärvården, psykiatri, geriatrik, ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), somatisk specialistvård samt habilitering och hjälpmedel.

En nämnd som är organiserad på ett liknande sätt som SLSO är Karolinska universitetssjukhuset. Nämnden och förvaltningen har samma namn och ledamöterna i dess styrelse är inte politiker. Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje och S:t Eriks sjukhus drivs som aktiebolag och inte heller här sitter politiker i styrelsen.

2. Syfte och forskningsfrågor

Uppsatsens syfte är att ge en delförklaring till hur styrningen av produktiviteten har fungerat inom Region Stockholm. Utifrån detta har jag formulerat forskningsfrågan:

Hur styr politiker, centralt placerade tjänstemän och vårdleverantörer att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå.

Vad som är en önskvärd nivå är något som man behöver avgöra lokalt. Om en låg siffra är något som man ska oroa sig för eller inte är en annan fråga.

3. Metod

För att kunna förklara den data som OECD har angett för antalet vårdbesök per läkare och år är ett första steg att fastställa vilket underlag den beskrivna situationen bygger på. Definitionen på vårdbesök varierar mellan länderna. Det innebär att siffrorna kan vara både överskattade och underskattade. Längden på vårdbesöken varierar också. För antalet läkare använder de flesta länderna begreppet "head counts" där det optimala hade varit "full time equivalent".⁴ Det innebär att antalet "heltidsanställda" som används för vårdproduktionen överskattas eftersom en del läkare arbetar deltid, forskar eller har chefs- eller andra uppdrag. I kapitlet med den övergripande analysen ingår en beskrivning av datakällor för de svenska förhållandena.

Eftersom det var brist på underlag fanns det inga andra praktiska alternativ än att ta fram ett kvalitativt underlag genom ett mindre antal intervjuer och kompletterande dokumentation. För att täcka beslutsflödet genomfördes semistrukturerade intervjuer med två politiker, två centrala personer inom Region Stockholm och en ansvarig för schemaläggning på ett sjukhus. Urvalet av informanter har stor betydelse. Har inte informanterna förutsättningarna att kunna ge relevanta svar på frågorna blir möjligheterna att besvara forskningsfrågorna begränsade. Mitt nätverk gjorde det möjligt att få kontakt med några tänkbara informanter och genom dem få en snöbollseffekt som gav kontakter med ytterligare informanter. De informanter som blev intervjuade visade sig kunna ge ett underlag som gav goda förutsättningar för att kunna besvara forskningsfrågan. Ytterligare en intervju genomfördes och den användes som bakgrundsinformation eftersom den inte visade sig vara lika användbar som de andra. Den gav ändå nya insikter som påverkade utformningen av intervjuguiden för övriga intervjuer. En kontakt var etablerad för ett sjukhus där tanken var att få information om deras interna styrning av patientnära parametrar, men den intervjun blev inte genomförd.

Följande personer intervjuades:

⁴ OECD. Health at a Glance: Europe 2019, 172.

- Anna Starbrink, sjukvårdsregionsråd för Liberalerna och ordförande för Hälso - och sjukvårdsnämnden, i uppsatsen benämnd sjukvårdsregionsrådet.
- Daniel Forslund, biträdande regionsråd för Liberalerna, politiskt ansvarig för digitalisering, eHälsa och innovation. Många associerar honom med titeln innovationsregionsrådet och han benämns här på detta sätt.
- Stefan Strandfeldt, senior rådgivare till Hälso- och sjukvårdsdirektören, ekonomidirektören och avdelningschefen för somatisk specialistvård. Han var under många år avdelningschef för somatisk specialistvård. I uppsatsen är han benämnd som styrningsexperten.
- Martin Forseth, specialist i allmänmedicin och verksamhetsområdeschef Primärvård Södra Stockholms läns sjukvårdsområde. I uppsatsen är han benämnd som primärvårdschefen.
- Rebecca Albertsson, vårdadministrativ enhetschef, patientområde bröst- endokrina tumörer- och sarkom, Karolinska sjukhuset. Hon är chef för ett antal administratörer som bland annat schemalägger läkare. I uppsatsen är hon benämnd som administrationschefen på KS.

När referenser görs till källan intervjuer är formatet (IP och benämning på informant) där ett exempel är (IP styrningsexperten). IP är en förkortning för intervjuperson.

Ett urval av informanter kan vara en källa till snedvridning (bias). Framför allt kan det gälla politiker där oppositionen kan ha andra perspektiv. Min bedömning av intervjuernas utfall är att en eventuell snedvridning är marginell. För den vårdadministrativa enhetschefen på Karolinska sjukhuset kan det ha blivit en snedvridning genom att min kontaktperson gjorde urvalet. Den valda enheten hade en mycket liten andel av akuta vårdbesök och kan dessutom ha fungerat tydligt bättre än andra motsvarande enheter på sjukhuset.

Intervjuerna var semistrukturerade. Forskningsfrågorna finns i bilaga 1. För att utforma frågorna använde jag tidigare forskning som pekade på strukturella svagheter i styrningen av vården och som inte var äldre än tio år. Utgångspunkten var att svaren på frågorna skulle bidra till kunskap för att besvara forskningsfrågan. Frågorna anpassades till respektive informant och insikter från tidigare intervjuer ledde till uppdateringar.⁵

Forskarens egen erfarenhet har också viss betydelse för att förbereda frågor och att kunna ställa kompletterande frågor under intervjun. Min erfarenhet av moderna kvalitetsmetoder i flygbranschen underlättade uppgiften att utforma frågorna om styrning. Dessutom har jag genom min utbildning under värnplikten som sjukvårdare och extraarbete på några sjukhus erfarenheter som kan underlätta arbetet att hitta svar på forskningsfrågan. Samtidigt kan dessa erfarenheter ge en viss snedvridning.

4. Tidigare forskning

Utöver forskning om svenska förhållanden finns det sådan där man gör jämförelser mellan EU-länder.

4.1 Tidigare forskning om nationella strukturer

Jag ska först ge en överblick över forskningen som är relaterad till den övergripande problemställningen. Det är strukturer som skiljer sig mellan olika länder.

De flesta länderna inom EU har en struktur för att organisera sin hälso – sjukvård som kan delas in i två kategorier. Sverige tillämpar Beveridgemodellen och den karakteriseras av att sjukvården är offentligt finansierad och i huvudsak också offentligt producerad. Rätten att etablera verksamhet inom sjukvården är reglerad och en effekt av detta är att sjukvården är förhållandevis jämlik. En nackdel är

⁵ Bryman. Samhällsvetenskapliga vetenskapliga metoder, 565.

en bristande tillgänglighet till sjukvården med köer som följd. Den andra modellen, Bismarckmodellen, bygger på en organisation med sjuk- och försäkringskassor där finansieringen delas mellan arbetstagare och arbetsgivare. Staten har en omfattande reglering för att systemet ska bli heltäckande. Etableringsfriheten för producenter är stor och många av dem är därför privata. Nackdelen är att det stora utbudet leder till höga kostnader.⁶

Bismarckländerna, som generellt sett har högre totalkostnader jämfört med Beveridgeländerna, försöker minska etableringsfriheten för att begränsa kostnaderna. Beveridgeländerna går i motsatt riktning, som ett sätt att försöka minska köerna.⁷

Ytterligare en faktor, där modellerna skiljer sig, är jämlikhet. För Beveridgeländerna är den geografiska jämlikheten större i och med myndigheterna i hög grad kontrollerar producenternas etablering.⁸

4.2 Tidigare forskning om styrning av hälso- och sjukvård i Sverige

Det anses att det är svårt att styra hälso- och sjukvården med administrativa styrmedel eftersom läkarkåren har en så stark ställning. De tenderar att i första hand ha en lojalitet med patienten och läkarkåren än med sjukhusledningen.⁹ Förutsättningarna att styra administrativt anses också vara mindre goda inom vården eftersom verksamheten är så komplex.¹⁰

Olika professioner kan ha olika meningsskiljaktigheter. En orsak kan vara att man har olika perspektiv. Läkare fokuserar på patientnyttan, administratörer att man ska få mycket vård för pengarna och politiker representerar medborgarnas perspektiv. Läkarna kan också ifrågasätta om politiker och administratörer har tillräcklig detaljkunskap.¹¹

Beställarstyrning med hjälp av avtal är ett viktigt verktyg för Regionerna. Det är en balansakt att utforma avtal som ger den incitamentsstruktur och riskfördelning som man vill ha. Prestationsbaserade avtal gör att man får betalt när det beställda uppdraget är utfört. En annan kategori bygger på betendeavtal där ett exempel är att man ger bonus för att ha korta köer vid akutmottagningar. Hit hör också att styra på kvalitet och tillgänglighet.¹² För avtal med sjukhus använder man sig normalt av ett klassificeringssystem för att mäta vårdåtgärder. Systemet kallas för DRG, diagnosrelaterade grupper, och används för att ge ett mått på hur resurskrävande medicinska åtgärder är.¹³ Dilemmat med beställarstyrning kan sammanfattas med följande citat:¹⁴

”Hög tillgänglighet gynnas av prestationsfinansieringsmodeller som stimulerar till ökad produktion, vilket tenderar minska köerna. Men samtidigt ackompanjeras detta av ökade totalkostnader. Om kostnaderna sätts i fokus genom olika konstruktioner med spärrar minskar produktionen. Det förefaller inte gå att lösa problemet bara genom att konstruera en ersättningsmodell. Det rör sig snarare om en balansakt där risken hela tiden finns att det slår över åt det ena eller andra hållet.”

⁶ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 34.

⁷ Ibid., 35

⁸ Palier. Hälso- och sjukvårdens reformer, 31.

⁹ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 16.

¹⁰ Ibid., 20

¹¹ Ibid., 46-47

¹² Ibid., 61-32

¹³ Ibid., 64

¹⁴ Ibid., 69

I boken "Den sjuka vården 2.0" menar man att antalet vårdbesök per läkare är lågt och att trenden är sjunkande. Genom att använda en enkät undersökning som Läkarförbundet genomförde 2012 fick man data som tidigare inte hade varit tillgänglig. I enkäten frågade man läkarna var de var verk-samma och om det arbetade i en privat eller offentlig organisation. Med det underlaget gick det att räkna ut att antalet vårdbesök som läkarna har per dag i var 1.9 i specialistvården. Den vården produ-ceras i huvudsak på sjukhusen.¹⁵ Man ger också i kapitel 3 en fyllig beskrivning om läkarnas avtal och om schemaläggning där man menar att läkarnas arbetstid inte används på ett effektivt sätt.¹⁶

5. Teori

Det fanns ingen teori som kunde förklara varför antalet vårdbesök per läkare och år minskar över tid och också ligger jämförelsevis lågt. I litteraturen finns det exempel på att man kan använda principal – agentteorin för att förklara styrningen inom hälso- och sjukvården. En part, principalen beställer en tjänst och en annan part, agenten, levererar en tjänst.¹⁷

Principal – agentteorin bygger på rational choice institutionalism. Viktiga antaganden är att aktörer generellt sett handlar på ett genomtänkt sätt utifrån en uppsättning preferenser och att bland annat politik ses som en serie dilemman av kollektivt handlande. När man ser att det som är rationellt på individnivå är negativt på kollektiv nivå så finns det ett incitament att lösa dilemmat genom att bygga institutioner för att få fram en lösning. Ett ofta använt exempel är överfiske.¹⁸

Principal – agentteorin utvecklades från den institutionella ekonomin och ett exempel är hur före-tagsägare ska styra sina anställda så att de belönas i relation till sina insatser. Finns det inga möjlig-heter för uppföljning kommer den ekonomiska agenten, de anställda, få ett incitament att inte an-stränga sig mer än nödvändigt. Det finns också en kostnadsaspekt genom den kostnad som uppfölj-ningen för med sig, men också genom de förluster man får utan uppföljning. Man kom fram till att teorin var generell till sin natur och också kunde tillämpas på politik. Inom detta område finns det en kedja av principal – agentrelationer, medborgare till politiker till tjänstemän, etc.¹⁹

Principal – agentteorin tar sin utgångspunkt i att principalen beställer en tjänst av agenten. Principa-len delegerar vissa funktioner eller en beslutsrätt till agenten för att denne ska agera utifrån principa-lens önskemål. Ett dilemma är att det kan finnas en informationsasymmetri där agenten har betydligt mer information. Det kan också finnas en intressekonflikt genom att det som är optimalt för principa-len inte behöver vara det för agenten. Sammanfaller dessa två kommer agenten sannolikt utnyttja situationen och åtminstone i någon utsträckning sätter sina egna intressen framför principalens. Detta förutsätter att principalen inte gör det agerandet ofördelaktigt.²⁰

Principalen behöver utveckla en incitamentsstruktur som förhindrar agenten att sätta sina egna in-tressen framför principalens. De medel som principalen har är granskning, belöningar och sankt-ioner. Granskning eller uppföljning behövs för att minska informationsasymmetrin och därmed upptäcka om agenten sätter sina egna intressen framför principalens. Agentens agerande påverkas

¹⁵ Fölster, Ohlson Renstig, Wiigh, Den sjuka vården 2.0, 20.

¹⁶ Ibid., 59

¹⁷ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 58 - 59.

¹⁸ Tallberg. Making states comply: The European Commission, the European court of Justice & the enforcement of the international market, 51.

¹⁹ Ibid., 53

²⁰ Tallberg. Making states comply: The European Commission, the European court of Justice & the enforcement of the international market, 56.

redan när det är känt att principalen har information. Den stora effekten för att agenten ska prioritera principalens intressen är en medvetenhet om vilka konsekvenserna blir i form av belöningar eller sanktioner för olika ageranden. När man utformar en incitamentsstruktur behöver man dels fastställa vad som förväntas och hur man granskar utfallet, dels tydliggöra belöningar och sanktioner beroende på utfallet. Det finns en kostnad för både granskning och att ge konsekvenser med belöningar och sanktioner. Det är osannolikt att det är ekonomiskt försvarbart att eliminera ett agerande som inte helt följer principalens önskemål.²¹

Det finns två varianter där agenten kan sätta sina egna intressen framför principalens. Den ena är döljandet av ett agerande. Agenten har ett incitament att sätta sina egna intressen framför principalens om det inte är möjligt för principalen att observera agentens agerande. Det andra är att agenten döljer information. Exempelvis kan agenten veta att det är möjligt att producera mer av något som tillför värde, men väljer att dölja det för att få en lugnare arbetssituation.²²

Principal – agentrelationer tenderar att vara dynamiska där man löpande förhandlar och reviderar utifrån tidigare erfarenheter. Principalen har möjlighet att ändra incitamentsstrukturen för områden där agentens agerande inte har varit tillfredställande. Har man upptäckt oväntade fördelar ser man till att vårda dem i incitamentsstrukturen.²³

6. Material och analys

Jag kommer med stöd av principal – agentteorin göra en analys av styrningen för att uppnå en önskvärd nivå på antalet vårdbesök per läkare och år. En inledande diskussion ska ge en övergripande bild där fokus är att jämföra Sverige med omvärlden. I detta ingår också att analysera tillgången av underlag för att identifiera strukturella svagheter. I steget därefter analyserar jag styrningen inom Region Stockholm där intervjuerna är den primära källan. I den avslutande analysen besvarar jag forskningsfrågan.

6.1 Övergripande diskussion

Uppsatsen tar avstamp i utvecklingen av antalet vårdbesök per läkare och år. OECD använder formuleringen "consultations per doctor" i sina rapporter "Health at a Glance". De beskriver också att det finns över- och underskattningar i begreppen vårdbesök och antal läkare. Frågan är vilken svaghet det data har som skickas från Socialstyrelsen till OECD. Antalet vårdbesök per läkare och år var för Sverige 679 år 2015. För att kunna replikera denna siffra behöver man veta hur många vårdbesöken var och hur många heltidsanställda läkare som behövdes.

Det finns en god tillgång på statistik för hälso- och sjukvården hos Socialstyrelsen och SKR (Svenska kommuner och regioner). Hos SKR hittar man antalet vårdbesök i den öppna vården. År 2015 var antalet 28.1 miljoner. Statistiken kan delas upp i typ av vård där kategorierna på högsta nivån är primärvård, specialiserad somatisk vård och psykiatrisk vård. Hur man definierar ett läkarbesök är inte självklart och den skiljer sig mellan länderna. Ett krav för Region Stockholm är att det måste ha en behandlande insats i det. Ett läkarbesök kan vara på telefon men det är det inte om man exempelvis meddelar ett provresultat (IP styrexperten).

Statistiken för den slutna vården kommer från Socialstyrelsen men den anger antal vårdtillfällen och den var 1.36 miljoner för 2015. Sluten vård innebär att patienten behöver heldygnsvård. Det finns

²¹ Ibid., 57.

²² Ibid., 60.

²³ Ibid., 63.

inga indikationer att läkarnas patientkontakter registreras. Det innebär att antalet vårdbesök underskattas.

Socialstyrelsen använder sig av begreppet sysselsatta läkare i vården. Deras definition av begreppet sysselsatta är att alla som beräknas ha utfört ett lönearbete i Sverige, minst fyra timmar under mätmånaden november, betraktas som sysselsatta.²⁴ Detta ligger i linje med hur andra länder anger sina data till OECD, där de flesta använder begreppet "head counts".²⁵

Statistik som redovisar sysselsättning ger ingen upplysning om i vilken utsträckning som personal arbetar deltid. Socialstyrelsen genomförde en enkätstudie om självrapporterad arbetstid och kom fram till att man i nationella översikter kan använda antal sysselsatta som heltidsarbetande. En del arbetar deltid men det kompenseras av att andra arbetar mer än 40 timmar per vecka. Studien genomfördes 2010 och 2015, båda gångerna med ett urval av 500 slumpmässigt utvalda läkare. En svaghet i enkätstudien var att läkarna svarade på hur många arbetstimmar som de fick betalt för. Det innebär att det ingår forskning, utredningsuppdrag och liknande i summan. Studien tar inte heller hänsyn till att antalet sysselsatta läkare över 65 år har ökat kraftigt på senare år. De var 778 läkare år 2001 och hade stigit till 4755 år 2017.²⁶ Ett rimligt antagande är att den gruppen i snitt arbetar betydligt mindre än heltid. I bilaga 2 finns det en beskrivning hur man tar fram informationen på hemsidan för Socialstyrelsen och SKR. I en enkät som Sveriges läkarförbund hade beställt 2019 svarade drygt hälften av ett urval på något mer än 500 allmänläkare i primärvården att de hade gått ner i arbetstid för att orka med sitt arbete. Det framgår inte om detta är ett nytt fenomen eller om det är mönster som har pågått en längre tid.²⁷

OECD ger varje år ut rapporten "Health at glance". I den rapporten anger man att Sverige har lägst antal vårdbesök per läkare och år och siffran var 679 för 2015. Från tidigare forskning kan man se att det finns en korrelation mellan antal vårdbesök och vilken modell man använder sig av för att organisera sin hälso- och sjukvård.²⁸ Tyskland och Frankrike, som har Bismarckmodellen, ligger på en nivå runt 2000. De nordiska länderna, som har Beveridgemodellen, ligger på en nivå runt 1000. Det förefaller som att Sveriges val av modell är en delförklaring till den låga nivån på vårdbesök. Den stora skillnaden är att Bismarckmodellen har en stor frihet för vårdproducenter att etablera sig och att det ett ibland leder till ett alldeles för stort vårdutbud som blir kostnadsdrivande.²⁹

²⁴ Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2016, 59.

²⁵ OECD. Health at a Glance: Europe 2019, 172.

²⁶ Socialstyrelsen

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx (hämtad 2019-12-20)

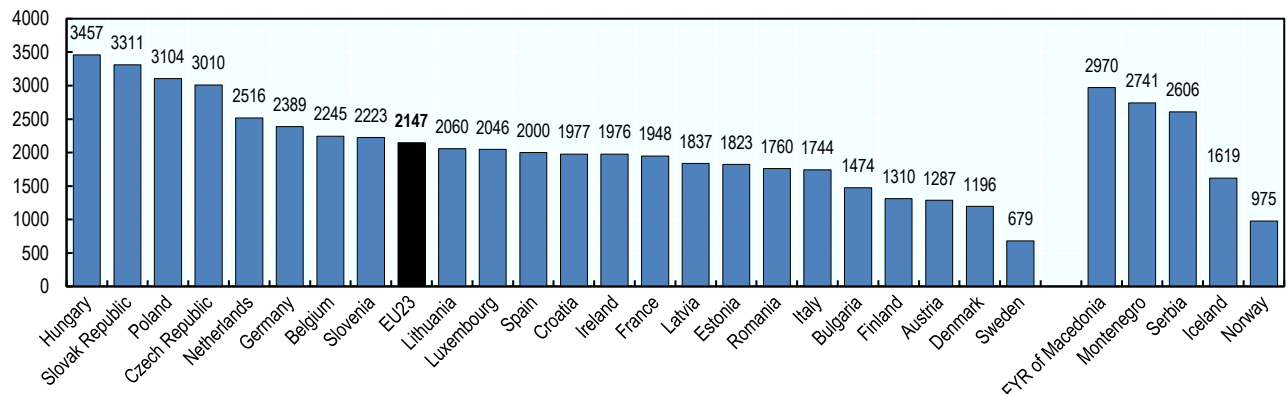
²⁷ Läkartidningen

<http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/12/Manga-allmanlakare-overvager-att-lamna-varden/> (hämtad 2019-12-20)

²⁸ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 34.

²⁹ Palier. Hälso- och sjukvårdens reformer, 34.

Estimated number of consultations per doctor, 2016 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database.

Om en Region eller ett sjukhus vill analysera om antalet vårdbesök per läkare ligger på en önskvärd nivå är det väsentligt att ta fram ett underlag där man korregerar för de olika felkällor som kan finnas. En betydande felkälla är att läkarnas patientkontakter i den slutna vården inte registreras utan endast vårdtillfällen och dess längd. Jämförelser med de länder som OECD presenterar behöver göras med stor försiktighet. En praktisk ambition kan vara att börja med att göra jämförelser med de nordiska länderna där det kan vara lättare att samla in kompletterande information.

6.2 Material och analys av styrningen för Region Stockholm

Jag ska nu beskriva och analysera principalens styrning på den övergripande nivån och hur styrningen tillämpas genom agenten på det smalare område som forskningsfrågan fokuserar på. En generell utgångspunkt är att politikerna i Region Stockholm använder sig av målstyrning och att vårdproducenten får organisera sig som man vill för att nå det målet. Detta är inte oproblematiskt eftersom Regionernas övergripande mål kan vara svåra att överföra till uppföljningsbara mål i den lokala verksamheten.³⁰ Jag har valt att Hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen representerar principalen.

6.2.1 Styrning genom strukturella förändringar

Från politiskt håll är det ett stort fokus på att styra genom att införa reformer som ändrar strukturer. Ett sådant är att genomföra en omställning där mer vård ska ligga utanför akutsjukhusen. Ett annat är att alla ska ha en namngiven fast husläkare (IP sjukvårdsregionsrådet).

En annan omställning har varit att införa vårdval i enlighet med lagen om valfrihet, LOV. Det innebär att privata vårdproducenter fritt kan etablera sig så länge de uppfyller kraven från Region Stockholm. Antalet vårdval har gradvis ökat och idag finns det 39 stycken och bland dem finns också specialistvård. Exempel på vårdval är hud-, gynekologi-, ortopedimottagningar. Inom specialistvården, som huvudsakligen ligger på sjukhusen, produceras cirka 20 procent av privata aktörer (IP styrexperter). För primärvården är det 65 procent som produceras av privata vårdproducenter (IP primärvårdschefen).

Styrning genom strukturella förändringar ligger utanför uppsatsens ram.

³⁰ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 22.

6.2.1 Beställarstyrning genom avtal

Principalen formulerar sina krav genom avtal där periodlängden ligger på mellan ett och fyra år beroende på avtalsform (IP innovationsregionsrådet).

För vårdvalen formulerar principalen i huvudsak sina krav genom prestationsbaserade avtal. En specificerad vårdåtgärd ger en viss betalning och vårdproducenten får högre intäkter ju fler som produceras (IP styrexperten).

För annan vård som utförs av privata vårdleverantörer tillämpas lagen om upphandling, LOU. Den används inte för egna vårdproducenter men man har en liknande avtalsmodell där intentionerna i grunden är densamma. Man vill ju kunna jämföra leverantörerna med varandra, oavsett om de drivs i offentlig eller privat regi. Ramarna för de förslag på avtal som tjänstemännen arbetar fram finns i hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen. Förslagen ska för patienterna och medborgarna ge den bästa nyttan för skattepengarna (IP styrexperten).

För sjukhus använder man sig av ett klassificeringssystem för att mäta vårdåtgärder. Systemet kallas för DRG, diagnosrelaterade grupper, och används för att ge ett mått på hur resurskrävande medicinska åtgärder är. I uppdraget till ett sjukhus kan det exempelvis stå att man ska ha ortopedi-, kirurgi-, medicin-, och akutverksamhet. DRG består av diagnoser och där man slår ihop kostnader för att få ett poängpris eller en poängsumma som anger vilka volymer som beställs. Det finns en nationell prislista för DRG som Socialstyrelsen administrerar. En del i analysarbetet är att göra en uppskattning på antalet besök i akut verksamhet, i antal vårdtillfällen i akut verksamhet och därefter gör man det för elektiva vårdbesök och elektiva vårdtillfällen. Elektiv innebär att det är en aktivitet som är planerad i förväg, till exempel ett kirurgiskt ingrepp. Man styr inte på volymer för de olika specialistområdena utan på den totala volymen mätt i DRG-poäng. Utöver detta kan det tillkomma parametrar för att styra på kvalitet och tillgänglighet (IP styrexperten).

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får inför en ny avtalsperiod, som ett första steg, uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämnden att göra en analys av erfarenheterna från det gällande avtalet och ge förslag på förändringar. En central del är att se hur befintliga incitamentsstrukturer har fungerat. Från 1 januari 2020 gäller ett nytt fyraårsavtal för sjukhusen. Det arbetet startades upp två år innan det började gälla (IP styrexperten). Politiker och tjänstemän har frågor som de driver och diskuterar med sjukhusen. Det kan vara frågor såsom kvalitetsutveckling eller digitalisering. Sjukhusen kommer med sina synpunkter. De kan förstå intentionerna bakom ett förslag men vill exempelvis modifiera det för att få en mer robust lösning. De faktiska förhandlingarna sker mellan vårdproducenterna och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Under processen har tjänstemännen genomarbetade presentationer för politikerna i Hälso- och sjukvårdsnämnden där man går igenom de alternativa vägval som man måste göra. På det sättet får man en dialog mellan politiker och tjänstemän på vägen mot ett avtal. Politiker har också samtal med sjukhusstyrelsernas ordförande för att gå igenom inriktning och vad de vill uppnå med avtalen (IP sjukvårdsregionsrådet). Avtalsfrågor behandlas också i Regionstyrelsen och Regionfullmäktige där de formella besluten också tas (IP styrexperten).

6.2.2 Styrning genom uppföljning av avtal

För avtal som tillämpas har principalen typiskt en månatlig uppföljning. Det är Hälso- och sjukhusförvaltningen som sammanställer utfallet och rapporterar vidare till politikerna. Efterlevnaden av vårdgaranti är ett område som politikerna följer med stort intresse. Tjänstemän följer upp om det finns oönskade mönster. Har man exempelvis för vårdval en mottagning med få nybesök men många återbesök kan man göra revisioner och fråga varför det är så olika på mottagningar med samma uppdrag. För sjukhusen finns det inte tillgång på data så att man kan därför inte hitta oönskade mönster på

motsvarande sätt. Där begränsas uppföljningen till att säkra att den beställda produktionen har blivit levererad i enlighet med avtalet (IP styrexperten).

För den primärvård som drivs i egen regi följer även Stockholms läns sjukhusområde, i dagligt tal kallat SLSO, upp leveranserna gentemot avtalen. Det är ett led i att styra vårdcentralerna och samtidigt bidra till att deras effektivitet ökar (IP primärvårdschefen). SLSO har som agent ett intresse att följa upp att de avtal uppfylls som de har förhandlat fram gentemot Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

6.2.3 Övergripande om styrning av egna sjukhus

Principalen, det vill säga, Hälso - och sjukvårdsnämnden tillsammans med Hälso - och sjukvårdsförvaltningen, styr främst genom vårdavtal med vårdproducenterna där man formulerar sina mål i form av den vårdproduktion man vill få utförd och vad den får kosta. Denna styrning är principiellt densamma för offentliga som privata vårdproducenter.

På den grundläggande nivån har principalen information som ligger något så när i paritet med de egna sjukhusen. Det finns en infrastruktur, där systemet med diagnosrelaterade grupper är en central del, som ger data på en aggregerad nivå. För vårdval, där privata vårdleverantörer utför vården, har principalen data som gör det möjligt att identifiera oönskade avvikelser. För sjukhusen, där man har olika deluppdrag, saknas motsvarande data (IP styrexperten).

Forskningsfrågan är hur politiker, centralt placerade tjänstemän och vårdleverantörer styr så att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå. Utifrån boken "Den sjuka vården 2.0" kan man dra slutsatsen att antalet vårdbesök i första hand har en avvikelse från det önskvärda på sjukhusen. Det finns ingen data som över tid anger hur många läkare som arbetar på sjukhus men det finns för 2012. Då arbetade drygt 85 procent av läkarna i Sverige på sjukhus. Det innebär att svaret på forskningsfrågan i hög grad finns i den verksamhet som bedrivs på sjukhusen. Läkarförbundet genomförde 2012 en enkät där de frågade läkarna var de var verksamma och om det arbetade i en privat eller offentlig organisation. Med det underlaget gick det att räkna ut att antalet vårdbesök som läkarna har i specialistvården, som i huvudsak produceras på sjukhusen. Denna data visade att antalet vårdbesök per läkare för Regionerna ligger mellan 2.5 och 1.4 per dag. Värdet för Stockholm var 2.4 och genomsnittet för Sverige 1.9.³¹ I dessa siffror tar man inte hänsyn till att läkarnas patientkontakter i den slutna vården inte registreras. Det är rimligt att anta att det antalet kan vara större än de registrerade och det försvårar analysen.

För att åtminstone kunna ge ett bidrag till att besvara forskningsfrågan behöver man hitta parametrar som påverkar antalet vårdbesök. Inledningsvis låg fokus på schemaläggning av läkare där avsikten var att på djupet studera en parameter och på det sättet ge ett bidrag till att besvara forskningsfrågan. Valet av parameter hade sitt ursprung från rapporten "Ur led är tiden".³²

Den första intervjun hade fokus på schemaläggning på ett sjukhus och det framgick att det skulle bli svårt att få fram ytterligare underlag som kunde belysa styrningsmekanismerna bakom nivån för antalet vårdbesök. I debatten fanns det andra tänkbara faktorer i den patientnära vården, men utan att det har kopplats till antal vårdbesök per läkare och år. En sådan faktor är att detaljstyrning, bland annat från Region Stockholm, försvårar arbetet.³³ Det finns också en statlig utredning där man tar upp

³¹ Fölster, Ohlson Renstig, Wiigh, Den sjuka vården 2.0, 20.

³² Myndigheten för vårdanalys, Ur led är tiden, 11.

³³ Stiernstedt, Mest resurser – bäst sjukvård? Slutrapport om effektiviteten i Stockholms sjukvård, 2017, 11.

detaljstyrning som ett problem.³⁴ En annan faktor är att läkare lägger ner för mycket arbete som andra kan utföra och att det försämrar den totala produktiviteten.³⁵

Det är svårt att ha en bestämd uppfattning vilka faktorer som har störst inverkan på antalet vårdbesök per läkare och år. Jag kom fram till att det var tillräckligt bra att studera styrningen av schemaläggning av läkare, detaljstyrning och minskat administrativt stöd. Det är ett litet urval av parametrar som har det gemensamt att de upplevs som viktiga av vårdpersonal i den patientnära vården. Detsamma gäller också för politiker och tjänstemän inom hälso- och sjukvården. Av praktiska skäl var det väsentligt att urvalet av parametrar i sig var så konkret att det gick att formulera relevanta frågor i intervjuguiderna.

6.2.3.1 Generell styrning av effektivitet hos egna sjukhus

Principalen, både politiker och tjänstemän, hade synen att de genom avtal styr sjukhusledningarna som i sin tur styr verksamheten för att nå de uppsatta målen som Regionfullmäktige har beslutat om. Flera av sjukhusens representanter har inte fullt ut delat det perspektivet. I samband med utvecklingen av nya avtalsmodeller har dem framfört till tjänstemännen på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: ni måste fundera på hur ni ska styra verksamheten (IP styrexperten).

Under de senaste åren har man från politikens sida infört ett omställningsavtal där man ger extra pengar inför förändringen att mer vård ska utföras utanför sjukhusen och att sjukhusens uppdrag som en konsekvens därmed minskar. Det har inte varit en styrning på produktionsnivåer utan fokus har legat på att möjliggöra för sjukhusen att vara pådrivande i omställningen. Uppdraget i omställningsavtalet har varit att producera tillräckligt med vård för att täcka behoven inför omställningen, som man kallar Framtidens hälso- och sjukvård (IP sjukvårdsregionsrådet). En del i detta är att "patienter som idag vårdas på ett akutsjukhus ska erbjudas vård på andra ställen utifrån sina behov".³⁶ Att läkare på sjukhus i genomsnitt har cirka två patienter per dag upplevdes intuitivt som lågt av principalen (IP sjukvårdsregionsrådet och styrexperten). Vid intervjuerna förmedlade jag den informationen från boken "Den sjuka vården 2.0".

Principalen ställer krav i avtalen att de ska ha effektiva verksamheter och det finns också ett tvåprocentigt krav på effektivisering per år. De omfattande varslen om personalneddragningar i slutet av 2019 visar att sjukhusledningarna inte har arbetat tillräckligt med det. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer inte sjukhusens verksamhet på samma sätt som för vårdproducenter inom vårdval. Deras syn är att det är sjukhusledningens ansvar att säkerställa att man är så effektiv som möjligt och automatiserar så mycket som möjligt (IP styrexperten).

6.2.3.2 Styrning av parametern schemaläggning

Patienternas behov av vård varierar över dygnets timmar. Grundläggande behandling och omvårdnad utförs på vårdcentralerna, i huvudsak på dagtid. Det finns en vårdnivå, närakuterna, för patienter som har akuta vårdbehov men som inte har behov av akutsjukhusets resurser. I Stockholm finns det nio stycken och de har öppet 8-22. Akutsjukhusen är öppna dygnet runt och cirka 85 procent är verksamhet för akutpatienter och 15 procent är elektiv vård (planeringsbar vård).

³⁴ SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården, 493.

³⁵ McKinsey. Tid till vård ger vård i tid, 2019, 32.

³⁶ Region Stockholm, Framtidens hälso- och sjukvård u.å., <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/framtidsplanen/> (hämtad 2019-12-27)

Den stora volymen läkare finns på akutsjukhusen. Det finns en siffra från 2012 och då var den 85 procent. En rimlig approximation är att antalet akutpatienter som kommer in under dygnet är proportionellt mot antalet människor som arbetar eller är aktiva på annat sätt. Det innebär att patienternas besök på akutmottagningar är som störst under dagtid, sjunker en del under kvällarna och är som lägst då de flesta sover. En fråga är hur väl sjukhusen matchar patienternas besöksbehov med bemanning av läkare och annan personal. En liknande fråga försökte myndigheten för vårdanalys besvara 2013. I rapporten "Ur led är tiden" drog man slutsatsen:

*"Planeringen av läkares arbetstider baseras inte alltid på en analys av patienternas behov. På många håll saknas styrning av hur vårdens aktiviteter planeras i relation till hur verksamheten bemannas. Det förekommer också att planeringen av läkares och andra yrkesgruppers arbetstider sker separat, något som medför att det inte finns en samplanering mellan läkare och annan personal."*³⁷

Behovet av att utföra arbete utanför kontorstid är olika i olika verksamheter. För flygbolag är det ett måste att det löpande underhållet av flygplan främst utförs nattetid mellan klockan 23 och klockan 05. Det kan vara så att läkarkåren inte har ifrågasatt om patienternas tillgång till akutmottagningar kan tillgodoses på ett bättre sätt än i dag. En debattartikel i Svenska Dagbladet 2018-04-03 speglar läkarkårens syn. Den är underskriven av 653 läkare, och inleds med:

"Alliansen väljer en farlig väg för sjukvården i Stockholm. Arbetet för läkare håller på att omvandlas till ett skiftarbete – som går ut över kontinuitet och säkerhet för patienterna." Senare i artikeln skriver man:

*"Därtill uppstår frågor kring syftet med att schemalägga läkare utöver dagtid på en vårdavdelning. Från akutmottagningen där akuta behandlingar initieras dygnet runt flyttas patienter till vårdavdelningar, om vårdplatser finns. Av naturliga anledningar återhämtar sig patienter kväll och nattetid. För att spara resurser går sjukhus ned på lågvarv. Undersköterske- och sjuksköterskebemanningen reduceras och dubbelsiffrigt antal läkare ersätts av en jourläkare."*³⁸

Alla yrkeskategorier i hälso- och sjukvården, förutom läkare, har schemalagda arbetstider (IP innovationsregionsrådet). Under 2018 var det en konflikt om utökad schemaläggning av läkare. Politiker ville öka möjligheterna för schemaläggning av läkare till en större del av dygnet, fram till klockan 21. Det var främst personallandstingsrådet som drev frågan.³⁹ Den synen har politikerna lagt åt sidan. "Vi vill slå fast att läkarnas arbetstider inte ska bestämmas politiskt".⁴⁰ Istället är det sjukhusen som ska hantera detta genom en lokal dialog med medarbetarna. Förutsättningarna och de lokala förhållandena varierar mycket och det har en stor inverkan i hur man organiserar arbetet (IP sjukvårdsregionsrådet).

Det finns andra exempel på att läkarna har ett stort inflytande på schemaläggningen. Från centralt håll, från Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, kom det 2017 ett krav på att de egna vårdcentralerna skulle hålla öppet fem timmar mer per vecka, men man misslyckades beroende på protesterna. Det sammanföll med ett par andra saker som man också ville få infört och då blev det motsättningar mellan verksamheterna och den centrala ledningen. (IP primärvårdschefen).

³⁷ Myndigheten för vårdanalys, Ur led är tiden, 11.

³⁸ Svenska Dagbladet. <https://www-svd-se.ezp.sub.su.se/bor-aven-farliga-politiker-i-sjukvarden-stoppas> (hämtad 2019-12-29)

³⁹ Läkartidningen. <https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/11/Blagront-backar-om-schemalagging-i-Stockholm/> (hämtad 2019-12-29)

⁴⁰ Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2018/04/Lakares-scheman-ska-inte-detaljstyras-politiskt/> (hämtad 2019-12-29)

Den första intervjun var inriktad på schemaläggning av läkare. Den genomfördes på Karolinska sjukhuset, patientområdet bröst- endokrina tumörer- och sarkom. Denna enhet har elektiv, det vill säga planeringsbar, vård och det har en mycket begränsad andel akut vård. Patientbehoven bygger på historiska data och det var ganska lätt att räkna ut hur stor produktion det finns behov av. Läkarna lägger in sina önskemål om ledigheter från vårdproduktion. Ledighet innebär också att man vill ha ledigt för att forska eller åka på konferenser. Schemaadministratörerna sköter allt som har med läkarnas schema som mottagningar, arbete på avdelningar, jourer, undervisning, etc. Till sin hjälp har de en läkare som fungerar som schemakonsult för att matcha patientbehovet med läkarnas önskemål. Det uppstår sällan problem. Det är chefen för de berörda läkarna som bestämmer i de få fall där man inte hittar en lösning. Trenden går att man matchar allt mer utifrån patienternas behov. Schemaläggning av sjuksköterskor och annan personal sker på annat håll. Det finns en kontinuerlig kommunikation och samplaneringen är väl utvecklad. Numera är arbetet mer teambaserat. Det finns ett etablerat tankemönster att arbeta med förbättringar och effektiviseringar som bygger på Lean production (ett kvalitetsledningssystem). Exempel på denna systematik är att sätta upp olika standards. För nybesök planerar man med 45 minuter och för återbesök 30 minuter (IP administrationschefen på KS).

Ramar för schemaläggning som kommer utanför sjukhuset är begränsat till det uppdrag som beställarna har gjort. Sjukhusledningen har tagit fram nyckeltal för att följa upp att överenskommelserna i avtalen uppfylls. Det innebär att om man av någon anledning har något mindre produktion en vecka får man kompensera det veckan därpå. Det finns alltid variationer. Det är möjligt att se hur många vårdbesök det är för måttet heltidsanställda (Full Time Employees, FTE) läkare för en mottagning. Det är ganska nytt men det är inget man följer på den administrativa enheten (IP administrationschefen på KS).

6.2.3.3 Styrning av parametern detaljstyrning

För att få underlag på hur styrningen fungerar för områden som är relaterade till produktivitet, och indirekt till antalet vårdbesök, var en fråga i intervjuguiden inriktad på detaljstyrningen i den patientnära verksamheten. Ett perspektiv från politiken är att det är ett problem att initiativ som politiker tar har bidragit till att skapa en situation med detaljstyrning. Det finns behov att ta ett steg tillbaka för att öka graden av frihet för medarbetarna. Därför har man från politiskt håll bejakat budskapet i en statliga utredning där det bland annat ingår förslag på tillitsbaserad sjukvård (IP sjukvårdsregionsrådet).⁴¹

Ett annat perspektiv från politiken är att sjukvården är komplex och att det därför ställs en massa krav. Det kan vara krav på siffror för ekonomisk uppföljning men framförallt finns det ett regelverk i vården där avsikten är att människor inte ska komma till skada. Det är nödvändigt med uppföljning för att man ska veta hur sjukvårdssystemet fungerar och för att kunna se vilka åtgärder som behövs för att uppnå målen. Politiken tillämpar målstyrning, för exempelvis volym-, kvalitets- och tillgänglighetskrav. Detaljstyrning är ett ord som ofta används men vad man konkret menar är ofta oklart. I landstingshuset är det cirka 20 heltidsarvoderade politiker. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har 750 personer. Ute i verksamheten jobbar det 45000 personer. Av tidsmässiga skäl detaljstyr inte politiker utan de agerar genom att ge uppdrag till tjänstemännen. Å andra sidan finns det en övergripande vision att avbyråkratisera vården genom ta bort sådant som inte behöver rapporteras och att utveckla IT-system som gör att mycket mer kan automatiseras. Det togs ett politiskt beslut, troligen var det 2017, att lägga kraft på att minska onödig administration och byråkrati. På olika nivåer i sjukvården

⁴¹ SOU 2018:47 Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn

ställer man frågor som kan se helt rimliga var för sig, men ser man på helheten kan det bli ohanterligt. En samlad analys skulle behövas av alla typer av kravställningar på personalen i vården som kommer från olika håll, som förvaltningar, internt hos sjukvårdsproducenterna och också statliga myndigheter. Komplexiteten är stor eftersom det är så stort tryck från olika håll (IP innovationsregionsrådet).

Från Hälso - och sjukvårdsförvaltningens sida har man under åren haft projekt för att hålla nere administrationen och detaljstyrningen. Det fick speciellt stort utrymme när vård flyttades från sjukhusen. Ett talesätt är att man inte ska ha så mycket administration, men tillräckligt mycket för att veta vad man får. För sjukvården utanför sjukhusen är utmaningen att hitta en balans mellan detaljstyrning och hur mycket administrativa resurser som går åt. Ju mer administrativ tid det blir i verksamheten desto mindre vård. För sjukhusen är uppföljningen annorlunda. Där är synen att det är sjukhusledningens ansvar att säkerställa att man är så effektiv som möjligt (IP styrexperterna).

2009 gick man i primärvården från ett avtal med kapitering, en årlig ersättning för varje person som är listad på vårdcentralen, till ett system med intäkt per vårdbesök. Det medförde ett minskat handlingsutrymme för läkarna eftersom man var tvungen att prioritera antalet vårdbesök för att det skulle gå runt rent ekonomiskt. Mycket talar för att det gav en känsla av detaljstyrning. Idag är det ett annat avtal. Generellt är det inte alls detaljstyrt att vara distriktsläkare. Man har stor frihet att styra sitt arbete (IP primärvårdschefen).

6.2.3.4 Styrning av parametern administrationsstöd

Styrexperterna har uppfattningen att principalen idag inte har på sin agenda att reagera om många läkare uppfattar att det administrativa stödet har minskat och att det medför att de behöver göra mer rutinarbete som andra tidigare utförde.

Primärvårdschefen menade att det minskade administrativa stödet har sin grund i utvecklingen av IT-stöd. Innan det fanns IT-stöd hade läkarna ett stort administrativt stöd genom läkarsekreterarna. I takt med den digitala utvecklingen minskade det stödet.

I en rapport från McKinsey framför man att läkare lägger ner för mycket arbete som andra kan utföra. Antalet läkare har vuxit snabbare än antalet sjuksköterskor och att det kan ha bidragit till att sänka läkarnas produktivitet.⁴² Detta är en fråga som politikerna har haft på sin agenda, åtminstone när det gäller specialistsjuksköterskor (IP sjukvårdsregionsrådet).

6.3 Övergripande om principal-agent teorin anpassad för Region Stockholm

Principal-agent teorin ska nu användas för att ta fram en teori som är specifik för styrning av sjukvården i Stockholm.

I principal – agentteorin är det principalen som beställer en tjänst och en annan part, agenten, som levererar en tjänst. Jag har valt att Hälso - och sjukvårdsnämnden tillsammans med Hälso - och sjukvårdsförvaltningen representerar principalen. Intervjuerna gav bilden att intressena för politiker och tjänstemännen inom Hälso - och sjukvårdsförvaltningen i allt väsentligt är densamma.

Agenten är de vårdproducerande enheterna som drivs i egen eller i privat regi. De ska leverera vård i enlighet med de avtal som de har med principalen. Exempel på agenter i primärvården är Region Stockholm, som själva driver cirka 35 procent av vårdcentralerna i Stockholms län, och den privata aktören Capio, som är störst på den privata sidan. Vårdcentraler, som Region Stockholm driver, har

⁴² McKinsey. Tid till vård ger vård i tid. 2019, 16.

en styrning för att man ska leva upp till kraven i avtalen men också för att förbättra effektiviseringen och patientnyttan. Det är Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, som har ansvaret för styrningen och den omfattar utöver primärvården också psykiatri, geriatrik, ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), somatisk specialistvård samt habilitering och hjälpmedel (IP primärvårdschefen). Sjukhusens verksamhet ligger utanför deras ansvarsområde.

Exempel på agenter för akutsjukvård är Danderyds sjukhus som drivs av Region Stockholm och Sankt Görans sjukhus som drivs av företaget Capio. De egenägda sjukhusen förefaller i praktiken inte ha motsvarande styrning som vårdcentralerna och en del andra områden har.

Det finns en form av ägarstyrning inom Region Stockholm som ligger inom regionledningskontoret och det finns ett aktiebolag, LISAB, som är skapat för detta ändamål (IP styrexperter). Utifrån intervjuerna finns det inga indikationer att de har en styrning som har anknytning till frågor som antal vårdbesök per läkare och år. Detta gäller även sjukhusens styrelser (IP styrexperter).

6.3.1 Principalens beställning

Styrningen genom beställningar är det verktyg som principalen i huvudsak använder för den löpande verksamheten. Den skiljer inte på egenägda eller privata vårdproducenter. Ett framträdande drag i principal – agentteorin är att det finns en informationsasymmetri där agenten har betydligt mer information. När Region Stockholm utformar avtalen lägger man ner mycket energi på hålla ner risken för att vårdproducenterna ska ta obefogat mycket betalt för den levererade vården. Det finns ett begrepp för detta, moral hazard.⁴³ Detta dilemma har principalen i viss mån neutraliserat genom att det finns både egenägda och privata vårdproducenter. Ett exempel är att principalen har underlag som visar att det privatdrivna sjukhuset Sankt Görans har samma eller bättre kvalitet som egenägda jämförbara sjukhus i Stockholms län samtidigt som de har klart lägre kostnader och nöjdare personal. Genom att göra jämförelser mellan egenägda vårdproducenter, där det principiellt finns god tillgång på information, och privata alternativ kan man minska utrymmet för att agenterna sätter sina egna intressen framför principalens.

Ett generellt krav på agenterna är att de ska effektivisera så att de minskar kostnaderna med två procent per år. Det förs ingen dialog om detta utan de får helt enkelt mindre pengar. De är ett krav som inte är lika konkret som antal vårdbesök, kvalitet och tillgänglighet. Ställer principalen mer specifika krav på detta för de egenägda vårdproducenterna, på samma sätt som de gör för avtalen i övrigt? Av döma av intervjuerna är svaret nej. En möjlig förklaring är att det är en brist på institutioner, informella eller formella. Det i sin tur kan förklaras med att det hos de tongivande makthavarna inte har funnits en tillräckligt stor medvetenhet om nyttan. Med en fungerande beställarstyrning på plats har man haft en hög tilltro till att vårdproducenterna klarar sitt förbättringsarbete på egen hand. Det som har en naturlig plats på politikernas agenda är krishantering och strukturella reformer, där vårdval är ett exempel. För Region Stockholm har det under senare år varit en intensiv debatt om bland

⁴³ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 59.

annat Nya Karolinska sjukhuset ⁴⁴, brister i förlossningsvården ⁴⁵ och kollektivavtal för läkare ⁴⁶. Frågor som debatteras leder ofta till att principalen begär en belysning eller åtgärd av ett problem. Detta blir i praktiken en sorts beställning till agenter, oftast till sjukhusens ledningar.

Får agenten flera kategorier av beställningar prioriteras de som mäts mest noggrant. ⁴⁷ För hälso- och sjukvården i Region Stockholm har beställningarna genom avtalen en särställning. Andra beställningar och krav får därför betydligt mindre uppmärksamhet från agenterna, speciellt när man har en betydande informationsasymmetri.

Empiri från de genomförda intervjuerna och dokumentation ger följande bild från den patientnära verksamheten på sjukhusen:

1. Läkare uppfattar att det är en betydande detaljstyrning i den operativa verksamheten
2. Läkare uppfattar att minskat administrativt stöd medför att de behöver göra mer rutinarbete som andra tidigare utförde
3. Personal i verksamheten upplever att IT-stödet kräver en hel del onödigt arbete
4. Det privatdrivna sjukhuset Sankt Göran har samma eller bättre kvalitet som jämförbara sjukhus i Stockholms län men har klart lägre kostnader och nöjdare personal

Politiker och centralt placerade tjänstemän känner igen problematiken. Det är också frågor som har en stark koppling till hur politiker, centralt placerade tjänstemän och sjukhusledning styr att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå. En sådan stark koppling finns också för frågan om schemaläggning för läkare. Politiker och tjänstemän var, i och med att de drev frågan, medvetna om att också schemaläggning är en viktig parameter för effektivisering och patientnytta.

Frågan är vem som har på agendan att ta fram en genomarbetad bild av dagens situation och att ta nästa steg utifrån det. Intervjuerna gav bilden att ingen har det på sin agenda. Regionledningen har en viktig uppgift att se över organisation ur detta styrperspektiv. Sjukhusledningarna har en motsvarande uppgift (IP styrexperter).

På ett område har man ett betydande engagemang från principalen och det är att minska administrationen och detaljstyrningen genom att modernisera IT-stödet. Projektet som kallas Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, ska ge en ny generation av infrastruktur för IT-stödet. Godkännande av de slutliga upphandlingsdokumenten anbudsinfordran för Framtidens Vårdinformationsmiljö fattades på Regionstyrelsens sammanträde 24 september 2019. ⁴⁸

⁴⁴ Stockholm Direkt. <https://www.stockholmdirekt.se/nyheter/problemen-pa-nya-karolinska-en-snabbgenomgang/reprbh!OcsUzrOy21BqtOTZ1x3UHQ/> (hämtad 2019-12-29)

⁴⁵ Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/sthlm/starbrink-om-ofrivillig-forlossning-i-hemmet-djupt-beklagligt/> (hämtad 2019-12-29)

⁴⁶ Svenska Dagbladet. <https://www.svd.se/lakarna-behov-er-finns-tillgangliga-nar-de-behovs> (hämtad 2019-12-29)

⁴⁷ Nistotskaya, Hur incitamentstrukturer påverkar den offentliga sektorn: empiriska belägg och kvarvarande frågor, 259.

⁴⁸ Region Stockholm, Sammanträde med Regionstyrelsen 24 september 2019, 5.

6.3.2 Läkarkårens inflytande i verksamheten

Av intervjuerna framgick det att läkarkåren har en stor makt. De har det i kraft att vara chefer för kliniker och andra nyckelpositioner. Man har det också genom den auktoritet som kunskap ger som ligger på en nivå som är sällsynt i arbetslivet. Kanske kan man göra en jämförelse med forskare och lärare på universiteten.

Forskningen stöder uppfattningen att läkarkåren har stor makt och har funnit att läkare i flera fall har försökt bromsa förändringar som politiker eller administrativa ledningar drivit.⁴⁹ En orsak till det kan vara att man har olika perspektiv. Läkare fokuserar på patientnyttan, administratörer att man ska få mycket vård för pengarna och politiker representerar medborgarnas perspektiv. Läkarna kan också ifrågasätta om politiker och administratörer har tillräcklig detaljkunskap.⁵⁰

Ett antagande i principal-agent teorin är att agenter agerar utifrån individualistiska nyttomaximerande motiv. Det finns ett annat perspektiv där man pekar på den inre motivationens betydelse. Forskning har visat att inre motivation har en medelstark till stark positiv effekt på människors prestationer. Påtvingande prestationsmål hos redan motiverade personer kan göra att de inre belöningarnas effekt trängs undan.⁵¹ Detta perspektiv ingår inte i analysen men i verksamheten inom sjukvården kan det ha ett betydande förklaringsvärde. Jag ska nu sammanfatta hur informanterna har uppfattat läkarkårens makt.

Politiker har uppfattningen att läkare har stor makt. Det är många läkare som anser att vården i stort sett borde styras av professionen. Det finns kvar en gammal motsättning mellan läkarkåren och vårdens organisation. Läkarkåren har en enormt agendasättande makt och är väldigt starka i debatten (IP innovationsregionsrådet). Det finns en hel del högt respekterade läkare som samarbetar i nätverk och har ett betydande inflytande. Stockholms läkarförening och Sveriges läkarförbund är starka, men på ett annat sätt. De kan driva effektiva kampanjer för att motsätta sig eller driva på en förändring. Deras kampanj, mot att centralt ändra ramarna för schemaläggningen, ledde till ett beslut där man istället ska föra en dialog lokalt på sjukhusen med medarbetarna. Sveriges läkarförbund har gett ett viktigt bidrag till sjukvårdens utveckling, bland annat genom att driva frågan om en primärvårdsreform. De har bidragit till att det ska vara mera attraktivt att arbeta utanför de stora sjukhusen för att det skulle gynna läkarkåren, men också patienterna. (IP sjukvårdsregionsrådet).

Från centralt håll ville man 2017 att vårdcentraler bland annat skulle följa ett litet incitament i avtalet att ha öppet fem timmar mer i veckan. Läkarkåren ville inte detta och protesterade framgångsrikt mot den förändringen. Läkarna har inflytande och en stark kåranda. Inte så få, åtminstone inom primärvården, har ett starkt samhällspatos och vill gärna vara lojal mot det samhällsmaskineri man är en del av. Många läkare blev desillusionerade när marknadsstyrningen blev så tydlig genom avtalet 2009, då man var tvungna att fokusera på antalet vårdbesök för att få ekonomin att gå ihop. Det finns en anda och kraft men det gäller att hitta den. (IP primärvårdschefen).

⁴⁹ Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 16.

⁵⁰ Ibid., 46-47.

⁵¹ Nistotskaya, Hur incitamentstrukturer påverkar den offentliga sektorn: empiriska belägg och kvarvarande frågor, 260.

6.3.3 Sjukhusledningarnas styrning

Sjukhusledningarna har det direkta ansvaret att styra upp att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå. Jag använder principal – agentteorin för att också analysera sjukhusledningarnas styrning. För att undvika förväxling av rollerna benämns sjukhusledningen som subprincipalen. Läkarkåren har i analysen rollen som agent.

Subprincipalen vill genomföra effektiviseringar och forskning har visat att läkarkåren har kapacitet att bromsa sådant som inte ligger i deras intresse. Förändringar som rubbar det rådande arbetssättet får ofta motkrafter, och läkarkåren har av tradition ett stort inflytande. Inte minst finns det en informationsasymmetri där läkarna har detaljkunskaper som kan användas för att driva sin linje.

Inom Region Stockholm har man arbetat mycket med Lean production men i stor utsträckning har man från den egna vårdpersonalens sida varit kritisk. Man har perspektivet att metoder från industrin inte passar in i sjukvården. Capio har på det privatdrivna sjukhuset Sankt Göran som en kontrast tillämpat Lean production fullt ut. Personalen har haft en positiv inställning och man har varit mycket framgångsrika (IP innovationsregionsrådet).

Organisationer som försöker införa Lean production och liknande koncept, stannar ofta vid en legitimitetsskapande fasad. Konceptet påverkar då inte verksamheten på djupet om man inte klarar av att översätta intentionerna i praktisk handling.⁵² Det finns alltid motkrafter när man utmanar den rådande ordningen. Det finns en stark forskningstradition hos läkare och därför finns det en motsägelser i läkarkårens inställning till Lean production. Detta kvalitetsledningssystem bygger i grunden på vetenskapliga forskningsmetoder där man utifrån ett kunskapsgap samlar in underlag, ställer upp en hypotes, testar hypotesen och slutligen använder sig av den nya kunskapen.

Det insamlade underlaget har inte varit tillräckligt för att skapa en bild av styrningen på de egenägda sjukhusen inom Region Stockholm. Det som är möjlig är att bedöma det handlingsutrymme som principalen har. Vad som är en önskvärd nivå på antalet vårdbesök per läkare och dag är en fråga som behöver beslutas genom sjukhusets ledning. Det är subprincipalens ansvar att se till att det är en fråga som ställs. Läkarkåren kan utnyttja informationsasymmetrin, exempelvis genom att inte vara transparent med viss information. Principalen har möjlighet att använda det underlag som används för att följa upp att sjukhuset uppfyller kraven i de beställningar som politikerna ytterst är ansvariga för. Principalen kan använda externa resurser för att minska informationsasymmetrin där ett exempel är utredningar. Läkarkåren har visat prov på att de kan bromsa sådant som inte ligger i deras intresse. Konflikten med läkarkåren om schemaläggning mellan klockan 17 och 21 är ett exempel.

Sannolikt finns det ett brett stöd om en sjukhusledning skulle vilja genomföra en nulägesanalys för att skapa en grund för att kunna eliminera hinder för att öka antalet vårdbesök. Visar nulägesanalysen att läkares signaler om detaljstyrning och administration stämmer, kan man steg för steg införa åtgärder som frigör tid så att man kan få fler läkarbesök per läkare och år. Eftersom motkrafterna är måttliga kan man göra bedömningen att det finns en sådan styrning i någon omfattning.

En fråga som kan vara känslig är bemanning för den slutna vården. För Stockholms län har antalet läkare ökat ungefär linjärt, från 8245 till 10938, under perioden 2006 till 2013, se diagrammet nedan. Antalet vårdbesök per läkare och år har haft en tydligt sjunkande trend för de senaste fyra åren. I diagrammet ingår inte antalet vårdbesök i den slutna vården och nivån är därför för låg. Eftersom andelen läkare som arbetar i den slutna vården är så pass stort kan man argumentera för att även den delmängden har en sjunkande trend. Det som stöder detta är vi har en situation där antalet läkare

⁵² Berlin och Kastberg. Styrning av hälso- och sjukvård, 206.

som arbetar i den slutna vården ökar på sjukhusen. Samtidigt har antalet sängplatser minskat mellan år 2000 och 2017 med i storleksordningen 20 procent.⁵³



Detta är en analys som sjukhusledningarna har ansvar för att göra. Kan det bero på att patienterna med en svårare diagnostik har ökat eller att fler läkare bidrar till att vårdtillfällena har kunna kortas ner så att genomströmningen ökar? Kan läkarnas produktivitet ha minskat eller har den totala arbetstiden minskat genom uttag i ledighet av jourkompensation? Detta är frågeställningar som har stor inverkan på antalet vårdbesök per läkare och år. Intervjuer eller dokumentation har inte bidragit till att kunna besvara dessa frågor. Det vi vet är att det inte finns krav att registrera läkarnas patientkontakter och det är oklart om denna data finns tillgängligt på respektive sjukhus. Saknas den kan subprincipalen få det svårare att utveckla en form av incitamentsstruktur. Frågor som behandlar bemanning och bemanningsplanering är känsliga för läkarkåren och av det skälet är det en lägre sannolikhet att det finns en aktiv styrning av att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå. Principal-agentteorin utgår ifrån att aktörer generellt sett handlar på ett genomtänkt sätt utifrån en uppsättning preferenser. Det principalen kan göra för att öka sitt handlingsutrymme är att skapa ett incitament på ett område som agenten värderar högt för att på sättet få ett agerande som ligger i linje med de dominerande önskemålen som principalen har. Eftersom principal – agentrelationen är dynamisk kommer de löpande erfarenheterna bidra till att de reviderar de formella och informella avtalen.

6.3.4 Primärvårdens styrning

Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, är en organisation inom Region Stockholm som har ansvaret för styrningen av ett antal områden som ligger utanför sjukhusens ansvarsområde. En orsak till att organisationen finns är att det finns ett stort antal mindre verksamheter som behöver styrning för att bidra till att få hela sjukvårdssystemet att fungera. Primärvården är ett sådant område och det finns knappt 70 egenägda vårdcentraler. När Hälso – och sjukvårdsförvaltningen förhandlar avtal med den

⁵³ Vårdfokus. <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2019/januari/antalet-vardplatser-fortsatter-minska/> (hämtad 2020-01-08)

egenägda primärvården så är den andra parten SLSO. Det är tre verksamhetsområdeschefer inom SLSO som ansvarar för primärvården. Var och en av dessa följer upp sina verksamhetschefer resultat såsom vårdköer, ekonomi, vårdkvalité, personal och kvalitetsutveckling. I uppgiften ingår att ge stöd och att förbättra förutsättningarna att driva vård. Om det i avtalet inte ingår kvalitetsuppföljning så finns det ändå ett inre krav att göra det. Om man jämför med den primärvård som företaget Capio driver är erfarenheten att det inte skiljer särskilt mycket i arbetssätt och att resultaten är jämförbara. Det är större variation inom SLSO respektive Capio än mellan organisationerna. Båda organisationerna försöker lära av varandra (IP primärvårdschefen).

För analys av den egenägda primärvården använder jag fortsatt principal – agentteorin. Här är det SLSO som är subprincipal och verksamhetscheferna på vårdcentralerna som är agenten. Problemet med informationsasymmetri är betydligt mindre. Subprincipalen har egen erfarenhet från primärvården och verksamheterna är relativt lätta att jämföra med varandra. Avvikelser kan man oftast se genom det data som samlas in. Arbetet med att hitta best practice har visat sig var en utmaning. Det är inte bara förändringsmotstånd utan det finns ibland inte samma förutsättningar på de olika enheterna. Schemaläggning av läkare är ingen faktor som direkt påverkar antalet vårdbesök. Man bedriver den huvudsakliga vården på en ganska begränsad tid av veckans timmar. Det finns en del att göra där men det är mer en fråga om lokalutnyttjande. Detaljstyrning och tillgång till administrativt stöd är mindre frågor, men man arbetar med dem som ett led i att skapa goda förutsättningar. Uppstår det problem på en vårdcentral så gör man en analys med åtgärdsplaner och följer upp genomförandet. Ett exempel kan vara att analysen visar att det är brist på erfarna distriktsläkare och att det är svårt att lösa rekryteringen (IP primärvårdschefen).

Det underlag som finns tillgängligt indikerar att agenten inte i någon stor utsträckning sätter sina egna intressen framför subprincipalen. Det finns också en metodik i förbättringsarbetet, bland annat genom att aktivt arbeta med best practice. Det gör att det finns en tydlig koppling till en styrning av att antalet vårdbesök per läkare och år.

7. Slutsatser

Det finns inom Region Stockholm en etablerad beställarstyrning av den egenproducerade och externt producerande hälso- och sjukvården. Politiker och centralt placerade tjänstemän tillämpar målstyrning och låter sjukhus och andra vårdproducenter hantera sitt arbete med att förbättra effektiviteten på egen hand. Synen är så dominerande att ledande politiker och tjänstemän har sett de ligga utanför sina ramar, trots att de intuitivt upplevde att antalet vårdbesök per läkare och år var lågt. En första slutsats är således att politiker och centralt placerade tjänstemän enbart har en indirekt och därmed marginell styrning av att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå. Underlaget för denna slutsats är relativt starkt. En andra slutsats är att det inte finns några indikationer att läkarnas patientkontakter i den slutna vården registreras. I så fall ligger antalet vårdbesök per läkare och år på en klart högre nivå än den som förmedlas till OECD.

Bilden av hur styrningen fungerar på sjukhusen växte fram genom att samla in underlag för tre områden: schemaläggning av läkare, hög detaljstyrning och bristande administrativt stöd för läkare. För sjukhusens interna styrning finns det endast ett övergripande underlag om hur arbetet att öka effektiviteten fungerar. Utifrån intervjun om schemaläggning av läkare på en enhet på Karolinska universitetssjukhuset ser man att det finns ett systematiskt förbättringsarbete som kan bidra till att förbättra produktiviteten. Det saknas underlag för att avgöra hur representativt detta är. Den jämförelse man kan göra är mellan de egenägda sjukhusen och Sankt Görans sjukhus. Den bild som framkommer är att det sjukhuset har ett arbetssätt som ger en tydligt bättre produktivitet och kvalitet än de egenägda sjukhusen. Den bilden gäller även om man tar hänsyn till att de inte kan ta hand om de svårast

sjuka patienterna. Om man exkluderar parametern schemaläggning, eller mer korrekt, bemanningsplanering av läkare finns det en styrning som åtminstone i någon omfattning påverkar att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en önskvärd nivå. För bemanningsplanering av läkare är förutsättningarna för att skapa en fungerande incitamentsstruktur mindre goda eftersom läkarkåren har visat sig kunna bromsa den kategorin av förändringar.

Styrningen av primärvården från Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, präglas av ett metodiskt förbättringsarbete som förefaller likna det som Capho har. Utifrån detta kan man dra slutsatsen att det finns en aktiv styrning från SLSO för att antalet vårdbesök per läkare och år ska ligga på en önskvärd nivå.

Det finns också skäl att dra slutsatsen att politiker och centralt placerade tjänstemän i många Regioner tillämpar målstyrning och låter sjukhus och andra vårdproducenter hantera sitt arbete med att öka effektiviteten på egen hand.

8. Framtida forskning

Hälsö- och sjukvården är en extremt komplex verksamhet, inte minst för att den är så tvärorganisatorisk. Intervjuerna gav utrymme till många reflexioner om hur verksamheten fungerar och hur den kan förbättras. Det ledde till följande lista med uppslag till framtida forskning.

- Undersöka hur produktiviteten i den slutna vården kan mätas
- Skillnader för ägarstyrningen mellan offentligt och privat drivna sjukhus
- Skillnader för ägarstyrningen mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler
- Studera om en prioritering av primärvården på bekostnad av vårdvalen i Region Stockholm kan ge mer vårdeffekt för pengarna

Referenser

Berlin, Johan och Kastberg, Gustaf. *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber, 2011.

Bryman, Alan, *Samhällsvetenskapliga vetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber 2018

Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/sthlm/starbrink-om-ofrivillig-forlossning-i-hemmet-djupt-beklagligt/> (hämtad 2019-12-29)

Fölster, Stefan och Ohlson, Stefan och Renstig, Monica och Wiigh, Lars. *Den sjuka vården 2.0*. Stockholm: Samhällsförlaget, 2014.

Läkartidningen

<http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/12/Manga-allmanlakare-overvager-att-lamna-var-den/> (hämtad 2019-12-20)

Läkartidningen. <https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/11/Blagront-backar-om-schemalaggnig-i-Stockholm/> (hämtad 2019-12-29)

Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2018/04/Lakares-scheman-ska-inte-detaljstyras-politiskt/> (hämtad 2019-12-29)

McKinsey. Tid till vård ger vård i tid. 2019

Myndigheten för vårdanalys. Ur led är tiden. 2013

Nistotskaya, Marina, "Hur incitamentstrukturer påverkar den offentliga sektorn: empiriska belägg och kvarvarande frågor", i *Politik som organisation*, red. Carl Dahlström, 6 uppl. (Lund: Studentlitteratur, 2018), s. 259 – 260

OECD. Health at a Glance: Europe. 2018.

OECD. Health at a Glance: Europe. 2019.

Palier, Bruno. *Hälso- och sjukvårdens reformer, En internationell jämförelse*. webbutik.skl.se, 2006.

SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

SOU 2018:47 Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn

SOU 2002:71. Personsäkerhetsutredningen. *Nationell handlingsplan mot våld i nära relationer: delbetänkande*.

Stiernstedt, Göran. Mest resurser – bäst sjukvård? Slutrapport om effektiviteten i Stockholms sjukvård. Stockholm: Stiernstedt & Stiernstedt Konsult AB, 2017.

Svenska Dagbladet. <https://www.svd-se.ezp.sub.su.se/bor-aven-farliga-politiker-i-sjukvarden-stop-pas> (hämtad 2019-12-29)

Svenska Dagbladet. <https://www.svd.se/lakarna-behover-finnas-tillgangliga-nar-de-behovs> (hämtad 2019-12-29)

Tallberg, Jonas. *Making states comply: The European Commission, the European court of Justice & the enforcement of the international market*. Lund: Studentlitteratur, 1999.

Region Stockholm, Framtidens hälso- och sjukvård u.å., <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/framtidsplanen/> (hämtad 2019-12-27)

Region Stockholm, Sammanträde med Regionstyrelsen 24 september 2019, 5.

Socialstyrelsen

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx (hämtad 2019-12-20)

Intervjuer

Albertsson, Rebecca, Vårdadministrativ enhetschef, Patientområde Bröst- endokrina tumörer- och sarkom, Karolinska sjukhuset. Intervju 2019-11-27

Forseth, Martin, Specialist i Allmänmedicin och verksamhetsområdeschef Primärvård Södra Stockholms läns sjukvårdsområde. Intervju 2019-12-19

Forslund, Daniel, biträdande regionsråd för Liberalerna, politiskt ansvarig för digitalisering, eHälsa och innovation. Intervju 2019-12-10

Starbrink, Anna; sjukvårdsregionsråd för Liberalerna och ordförande för hälso- och sjukvårdsnämnden. Intervju 2019-12-10

Strandfeldt, Stefan, senior rådgivare till Hälso- och sjukvårdsdirektören, ekonomidirektören och avdelningschefen för somatisk specialistvård. Intervju 2019-12-16

Bilaga 1, Intervjufrågor

Frågor till politikerna Anna Starbrink och Daniel Forslund

1. Under lång tid har man i media läst att antalet patientbesök per läkare och år har varit låg, siffran var 679 för 2015. Det finns också uppgifter att det är läkarna på sjukhusen som har få patienter per dag (Den sjuka vården 2.0 från 2014). Har det funnits på agendan att agera utifrån detta och finns det data över nuläget för Region Stockholm?
Vad tror du är den viktigaste orsaken till att sjukhusläkare har få patienter?
2. Myndigheten för vårdanalys har i en rapport från 2013 kommit till slutsatsen att "planeringen av läkares arbetstider baseras inte alltid på en analys av patienternas behov" och att det ibland brister i samplanering med andra yrkesgrupper som sjuksköterskor. Är detta något som ni har haft på agendan att se över?
3. Finns det en uppföljning i vilken utsträckning patienten får träffa samma läkare?
4. Hur är er strategi för att få en fungerande styrning och samtidigt begränsa administrationen? Det är ju inte ovanligt att administrationen gradvis växer när problem uppmärksammas som kräver åtgärder.
Jag intervjuade en läkare som upplever att det är en betydande detaljstyrning i det dagliga arbetet med patienter.
5. Hur styr ni utvecklingen av parametrar som produktivitet och vårdköer?
Ger styrningen effekt?
6. Finns det direktiv centralt från region Stockholm till sjukhusens styrelser?
(jämför med regeringens regleringsbrev till myndigheterna)
7. Hur fungerar kommunikationen med sjukhusens styrelser om verksamhetens utveckling?
8. Hur arbetar politiker och centralt placerade tjänstemän för att styra verksamheten på sjukhus och andra vårdleverantörer?
Vilka kategorier av tjänstemän fokuserar på denna uppgift?
9. Eventuell följdfråga: Vad är politikernas och tjänstemäns motiv till en så långtgående delegering.
10. När jag googlade såg jag att det hade varit en livlig debatt om kollektivavtal 2018, bland annat i Almedalen. Vad var det för olika ståndpunkter som läkarfacket och politikerna hade?
11. Hur skulle du beskriva läkarkårens makt?
12. Jag har uppfattat att det finns en gemensam syn att primärvården ska öka sin andel av den totala vården. Vad finns det för hinder att det ska bli verklighet?
13. Beskriv hur tjänstemännen utvecklar sin kunskap och kompetens inom området styrning och kvalitetsmetoder?

Frågor till Stefan Strandfeldt, central tjänsteman på Hälso - och sjukvårdsförvaltningen

1. Kan du kort berätta om ditt ansvarsområde
2. Kan du på en övergripande nivå beskriva hur politiker och tjänstemän centralt styr för att få ut så mycket vård som möjligt och att begränsa vårdköerna.
3. Under lång tid har man i media läst att antalet patientbesök per läkare och år har varit låg, siffran var 679 för 2015. Det finns också uppgifter att det är läkarna på sjukhusen som har få patienter per dag. Har det funnits på agendan att agera utifrån detta och finns det data över nuläget för Region Stockholm?

Vad tror du är den viktigaste orsaken till att sjukhusläkare har få patienter?

Vem borde i den bästa av världar reagera på den här strukturella svagheten och samla in data för att kunna få en förståelse av nuläget

4. Myndigheten för vårdanalys har i en rapport från 2013 kommit till slutsatsen att "planeringen av läkares arbetstider baseras inte alltid på en analys av patienternas behov" och att det ibland brister i samplanering med andra yrkesgrupper som sjuksköterskor. Är detta något som ni har haft på agendan att se över?
5. Finns det en uppföljning i vilken utsträckning patienten får träffa samma läkare?
6. Hur är er strategi för att få en fungerande styrning och samtidigt begränsa administrationen? Det är ju inte ovanligt att administrationen gradvis växer när problem uppmärksammas som kräver åtgärder.

Jag intervjuade en läkare som upplever att det är en betydande detaljstyrning i det dagliga arbetet med patienter.

7. Om jag har förstått rätt finns det en grupp tjänstemän som jobbar med upphandling mot sjukhusen och en annan grupp som jobbar med ägarstyrning. Kan du beskriva hur de grupperna arbetar och hur involverade politikerna är.

Eventuell följdfråga: Styrningen sker efter en tradition där nya perspektiv har svårt att göra sig gällande. En sådan kan vara ägarstyrningens roll

Som jag har uppfattat så kan nuläget beskrivas på följande sätt

- a. Läkare uppfattar att det är en betydande detaljstyrning i den operativa verksamheten
 - b. Läkare uppfattar att minskat administrativt stöd medför att de behöver göra mer rutinarbete som andra tidigare utförde
 - c. Personal i verksamheten upplever att IT-stödet kräver en hel del onödigt arbete
 - d. Det privatdrivna sjukhuset St Görans har samma eller bättre kvalitet som andra sjukhus i Stockholms län men klart lägre kostnader och nöjdare personal
- Stämmer detta med din bild

8. Finns det direktiv centralt från region Stockholm till sjukhusens styrelser? (jämför med regeringens regleringsbrev till myndigheterna)
9. Hur fungerar kommunikationen med sjukhusens styrelser om verksamhetens utveckling?
10. Hur skulle du beskriva läkarkårens inflytande?
11. Jag har uppfattat att det finns en gemensam syn att primärvården ska öka sin andel av den totala vården. Vad finns det för hinder att det ska bli verklighet?
12. Beskriv hur tjänstemännen utvecklar sin kunskap och kompetens inom området styrning och kvalitetsmetoder?
13. Ger tjänstemän förslag på aktiviteter till förbättringar som politiker inte har uppmärksammat
14. Hur fungerar styrningen inom områden där politiker inte har uttryckt en uppfattning
15. Politiker är få och deras kontinuitet är ofta begränsad. Personer med långvarig erfarenhet utvecklar en kompetens och en erfarenhet. Kan du beskriva vilka uttryck de tar i praktiken
16. Hur stor är tjänstemännens agendasättande möjligheter? Kan man driva en fråga som att standardisera arbetsrutiner, till exempel utskrivning av patienter, och också införa ett arbets sätt så att man säkrar att arbetsrutiner följs. *Ett exempel på detta är hur olika kliniker inom Stockholms län arbetar med utskrivning av patienter – idealt sett skall patienter skrivas ut så tidigt som möjligt på dygnet för att möjliggöra inflöde av nya patienter, huruvida detta efterlevs varierar dock märkbart mellan olika kliniker.* McKinsey sid 22

Frågor till Martin Forseth, verksamhetsområdeschef primärvård södra

1. Kan du kort berätta om ditt ansvarsområde
2. Kan du på en övergripande nivå beskriva hur du arbetar för att få ut så mycket vård som möjligt och att begränsa vårdköerna.
Eventuell följdfråga: Hur avgör man vad som är en bra nivå?
3. Myndigheten för vårdanalys har i en rapport från 2013 kommit till slutsatsen att "planeringen av läkares arbetstider baseras inte alltid på en analys av patienternas behov" och att det ibland brister i samplanering med andra yrkesgrupper som sjuksköterskor. Är detta något som ni har haft på agendan att se över?
4. Finns det en uppföljning i vilken utsträckning patienten får träffa samma läkare?
5. Som jag har uppfattat så kan nuläget beskrivas på följande sätt
 - a. Läkare uppfattar att det är en betydande detaljstyrning i den i den operativa verksamheten
 - b. Läkare uppfattar att minskat administrativt stöd medför att de behöver göra mer rutinarbete som andra tidigare utförde
 - c. Personal i verksamheten upplever att IT-stödet kräver en hel del onödigt arbete
 - d. Många läkare i primärvården har gått ned i arbetstid för att orka med sitt arbete

Vem eller vilka sätter upp detta på sin agenda om denna beskrivning är korrekt?

6. Om du fick välja fritt, vad skulle du då vilja få infört eller förändrat?
7. Om jag har förstått rätt finns det en grupp tjänstemän som jobbar med beställarstyrning och en annan grupp som jobbar med ägarstyrning. Kan du beskriva hur de grupperna arbetar och hur involverade politikerna är.
8. Hur framgångsrika är primärvården som drivs i privat regi jämfört med den egenproducerande
9. Jag har uppfattat att det finns en gemensam syn att primärvården ska öka sin andel av den totala vården. Vilka är för- och nackdelarna med en sådan reform?
10. Hur skulle du beskriva läkarkårens inflytande

Frågor till Rebecca Albertsson, en administrativ chef på Karolinska sjukhuset

1. Kan vi inleda med att du ge en övergripande bild hur ni jobbar med schemaläggning?
2. Hur ser ansvarsfördelningen ut för att ge ledigheter (ansvar och befogenheter)?
Är det de ansvariga för planeringen eller är det andra som i praktiken har den befogenheten?
3. Hur bra är informationen om det patientbehov som finns?
Det finns ju kända behov som baserar sig på tidigare läkarkontakter och det kan finnas uppkommande behov som kräver en snabb insats
4. Hur är möjligheterna att anpassa personalens arbetsschema utifrån de variationer som finns i patienternas vårdbehov?
5. Finns det förutsättningar och ramar för schemaläggning av läkare och annan personal som man kan koppla till politikernas styrning?

6. Samplanerar man arbetstiderna för läkare med andra yrkesgrupper? Vilka förutsättningar behövs i så fall för att det ska fungera?
7. Vilka andra förutsättningar påverkar planeringsarbetet? Exempel är
 - a) IT, kollektivavtal
 - b) forskning & utredningsarbete som läkare utför,
 - c) stöd och riktlinjer från centrala enheter inom SLLKan bli aktuellt att ta upp den livliga debatten om kollektivavtal 2018, bl a Almedalen
8. Har det varit ett mål att öka antalet vårdbesök per läkare? Det debatteras då och då att antalet vårdbesök per läkare och år ligger på en låg nivå jämfört med andraländer.
9. Har ni nyckeltal och hur använder ni dem i så fall i det löpande arbetet
Är nyckeltalen kopplade till övergripande mål och strategier?
Finns det nyckeltal som också sjukhusledningen i sin styrning?
10. Myndigheten för vårdanalys skrev 2013 rapporten "Ur led är tiden" och Göran Stiernstedt ledde utredningen "Effektiv vård" 2016. Är sådan information användbar för er?
11. Har ni någon rutin för förbättringsarbete?
12. Finns det en uppföljning i vilken utsträckning patienten får träffa samma läkare?

Bilaga 2, Källa för data om vårdbesök per läkare och år

Antal vårdbesök med läkare i den öppna vården får man från SKL, nytt namn är SKR, genom länken:

<https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/regionekonomioch-verksamhet.1342.html>

Under rubriken Tabellsamlingar klickar man på länken

Verksamhetstabeller 2018 (Excel, nytt fönster)

Då får man fram ett Excelark. På bilden nedan har det gula rutorna läkare och 2012 valts och man ser att för hela riket har det varit 28071721 besök.

INNEHÅLLS-
FÖRTECKNING

Besök totalt

Besök per yrkesgrupp

Vårdplatser

Vårdtillfällen

Vårdcentraler

Egen/annan produktionsbesök (Alla)

Prestation (Alla)

Läkare/ Övrigt Läkare

BESÖK, TOTALT

!

Mått

Läkare/ Övrigt

Besöksgrupp

Besök

Besök per 1000 inv

Ej läkare

Läkare

Besök dagsjukvård

Hemsjukvårdsbesök

Mottagningsbesök (och h

År

2018

2017

2016

2015

2014

2013

2012

↓↑

▼

▼

Specialiserad psykiatrisk

⊕ Primärvård ⊕ somatisk vård ⊕ vård

Totalsumma

Värden

Värden

År

⊖ Besök

Stockholm

2012

4 248 048

3 350 055

428 991

8 027 094

Uppsala

2012

447 638

465 808

47 004

960 450

Sörmland

2012

372 994

291 064

25 231

689 289

Östergötland

2012

492 621

528 685

30 510

1 051 816

Jönköping

2012

477 326

359 835

22 507

859 668

Kronoberg

2012

271 839

204 235

14 695

490 769

Kalmar

2012

335 412

276 852

21 261

633 525

Gotland

2012

76 971

80 672

6 138

163 781

Blekinge

2012

216 172

163 326

12 749

392 247

Skåne

2012

1 796 283

1 837 573

171 343

3 805 199

Halland

2012

548 301

349 235

20 554

918 090

Västra Götaland

2012

2 518 662

1 790 399

128 185

4 437 246

Värmland

2012

369 712

300 732

15 393

685 837

Örebro

2012

341 490

353 684

24 893

720 067

Västmanland

2012

349 529

281 540

22 415

653 484

Dalarna

2012

373 700

283 048

20 680

677 428

Gävleborg

2012

438 922

270 957

20 324

730 203

Västernorrland

2012

295 842

263 800

16 359

576 001

Jämtland Härjedalen

2012

199 721

124 844

7 669

332 234

Västerbotten

2012

316 689

297 121

26 286

640 096

Norrbotten

2012

362 865

252 033

12 299

627 197

Riket

2012

14 850 737

12 125 498

1 095 486

28 071 721

◀ ▶

Försättsblad

Innehållsförteckning

Besök

Besök efter yrke

Vårdplatser

Vårdtillfällen

Vårdcentraler

För att ta fram antal sysselsatta läkare ger Socialstyrelsen data genom länken:

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx

Observera att det data som Socialstyrelsen skickar till OECD inkluderar examinerade läkare utan legitimation. Observera också att urvalsrutan "Näringsgren" inte markeras och att filtrering sker i urvalsrutan "Sysselsättning"

Läkare med specialistbevis 1995-
Tandläkare med specialistbevis 1995-
Legitimationsyrken i hälso- och sjukvården 1995-

*Mått: **i**
Antal
Antal per 100 000 invånare

*Legitimationsyrken: 2 st av 28 **i**
välj alla ta bort alla
☐ Biomedicinska analytiker
☐ Dietist
☐ Fysioterapeut
☐ Kiropraktor
☐ Logoped
☒ Läkare
☒ Läkare, examinerade utan legitimation
☐ Naprapat
☐ Optiker

*Regioner: 1 st av 22 **i**
välj alla ta bort alla
Riket
Stockholms län
Uppsala län
Södermanlands län
Östergötlands län
Jönköpings län
Kronobergs län
Kalmar län
Gotlands län
Blekinge län

*Sjukvårdsregioner: 0 st
välj alla ta bort alla
Stockholm
Sydöstra
Södra
Västsvenska
Uppsala/Örebro
Norra

*Regi: 1 st av 4 **i**
välj alla ta bort alla
Privat regi
Offentlig regi
Offentlig och privat regi
Okänd

*Ålder: 10 st av 10
välj alla ta bort alla
35-39 år
40-44 år
45-49 år
50-54 år
55-59 år
60-64 år
65-69 år
70-w år
☐ Visa åldersgrupperna separat

*Kön: 1 st av 4
välj alla ta bort alla
Män
Kvinnor
Båda könen
Okänd

*År: 1 st av 23
välj alla ta bort alla
2017
2016
2015
2014
2013
2012
2011
2010
2009
2008

*Sysselsättning: 1 st av 3 **i**
välj alla ta bort alla
☐ Alla sysselsatta
☒ Sysselsatta inom hälso- och sjukvård
☐ Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård

Näringsgren: 0 st av 16 **i**
välj alla ta bort alla
☒ 86 Hälso- och sjukvård
☒ 87 Vård och omsorg med boende
☒ 88 Öppna sociala insatser
☐ 464 Partihandel med

År 2015 var antalet vårdbesök i öppen vård 28.1 miljoner.

För att ta fram antal vårdtillfällen i slutenvård ger Socialstyrelsen data genom länken:

https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_drg/val.aspx

År 2015 var antalet 1.36 miljoner och det är 4.6 % av det totala antalet vårdbesök.

Socialstyrelsens Statistikdatabas uppdateras kontinuerligt och det inkluderar data som man hämtar från SCB.