

Viktigt med bra kunskapsunderlag för besparingsförslag i vården

Besparingsprojekt i sjukvården planeras och genomförs många gånger i snabb takt. I Uppsala läns landsting beslutade man att spara 18 miljoner kronor genom att styra cirka 30 000 öppenvårdsbesök per år från länets sjukhus till primärvården. Ett åtgärdsprogram togs fram och genomfördes i förhandlingar och diskussion mellan företrädare för landstingsledning, primärvård och sjukhus – en ny arbetsform inom landstinget. Samverkan och genomförandet av de föreslagna åtgärderna underlättades. De ekonomiska effekterna av programmet och konsekvenserna för olika patientgrupper blev dock oklara. Detta pekar på behovet av att utforma kunskapsunderlag och att skapa förutsättningar för en målrelaterad utvärdering vid liknande förändringsarbeten i vården.

GABRIEL LINDAHL
AT-läkare, Länssjukhuset i Kalmar,
forskningsassistent

ERIK ANGNER
fil mag, doktorand, Department of History and Philosophy of Science och Department of Economics, University of Pittsburgh, USA, forskningsassistent

URBAN ROSENQVIST
professor i hälso- och sjukvårdsforskning

RAGNAR WESTERLING
docent, högskolelektor; samtliga vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

■ År 1995 stod Uppsala läns landsting inför ett växande underskott i budgeten. Krav på att reducera kostnaderna födde projektet Isidor, som delvis innebar ett nytt tänkande i landstinget. För det första skulle besparingarna sökas med hjälp av förvaltningsövergripande förändringar. För det andra arbetades projektet fram och genomfördes i diskussion och vid förhandlingar mellan dem som berördes av förslaget [1].

Syftet med denna artikel är att diskutera för- och nackdelar med att genomföra förändringar i en vårdorganisation genom att låta berörda parter förhandla vid beslut och genomförande.

Undersökningen är baserad på 22 intervjuer med sjukvårdspolitiker, administratörer och ledningsansvariga läkare inom primärvård och sjukhusvård, samt på verksamhetsstatistik för perioden 1995–1999 och andra tillgängliga dokument [2–10]. De intervjuade fick beskriva bakgrunden till och arbetet med sparingsförslaget. Intervjuerna fokuserade på

vilka förutsättningar som fanns för framtagande, genomförande och utvärdering av förslaget. Under 1997 följdes dessutom effekterna av förslaget upp med ytterligare tre intervjuer. Undersökningen genomfördes som ett universitetsbaserat fristående projekt.

Strategier vid organisationsförändringar

Vid studier av förändringsprocesser i organisationer kan man urskilja tre övergripande strategier [11]. Den traditionella modellen är att besluten tas och genomförs i en hierarkisk organisation med en tydlig uppdelning på beslutsfattare och tillämpare. En sådan strategi innebär ett uppifrån-och-ned-perspektiv som bygger på klart definierade mål, tydlig fördelning av ansvar och möjligheter till kontroll av verksamheten [11, 12].

En annan modell är att ge ett större inflytande till tillämpare respektive brukare i organisationen. Här utgår man i stället från ett nedifrån-och-upp-perspektiv genom att decentralisera beslutsfattandet [11, 12].

En tredje modell är att verksamheten formas genom förhandlingar mellan olika aktörer på olika nivåer i organisationen. Detta perspektiv har drag av båda ovanstående och syftar på att verksamheten utvecklas i samförstånd och i diskussion mellan företrädare för organisationens olika delar [11, 12]. I fallet Isidor, som vi har studerat, valde landstinget att arbeta med en sådan förhandlingsmodell [1].

Projektet Isidor initierades i mars 1995 då landstingets bokslut för 1994 visade ett verksamhetsunderskott. Landstingsdirektören kallade representanter

för de olika delarna av landstingsorganisationen till möte för att diskutera situationen.

Olika idéer till möjliga förvaltningsövergripande besparingsprojekt togs upp till diskussion, och ett antal förslag klargjordes i grova drag. Sex arbetsgrupper med företrädare för landstingsledningen och de berörda förvaltningarna arbetade sedan fram mer detaljerade förslag. Detta skedde genom en intern diskussion och förhandling i arbetsgrupperna. För att garantera politiskt stöd för de förslag som skulle utarbetas knöts ett antal politiker till varje arbetsgrupp som politiska observatörer. Redan i juni förelåg en preliminär version, och i november antog landstingsfullmäktige arbetsgruppernas förslag, Isidor, utan större ändringar [2].

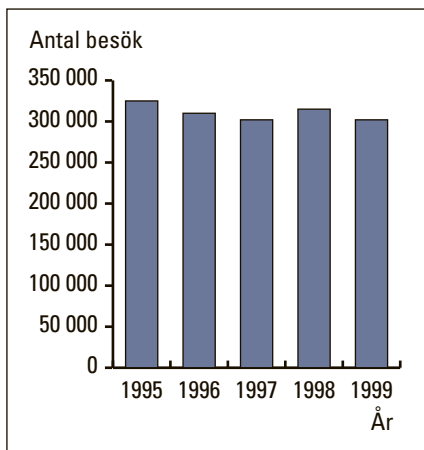
Stora besparingar

Tillsammans räknade man med att kunna spara cirka 44 miljoner kronor genom Isidor. Det största delprojektet, »Utvecklad primärvård«, gick ut på att föra över cirka 30 000 öppenvårdsbesök per år från länets sjukhus, framför allt från Akademiska sjukhuset, till primärvården utan att primärvården skulle kompenseras ekonomiskt. Därigenom skulle möjligheter att spara pengar skapas inom sjukhusvården motsvarande en summa på 18 miljoner kronor [3]. Först 1998 förväntade man sig dock kunna se en ekonomisk helårseffekt till följd av de genomförda förändringarna.

Förslaget »Utvecklad primärvård« angav hur man skulle kunna styra patienter från sjukhusen till primärvården genom att bland annat inrätta en primärvårdsakut och en sjukvårdsupplysning. Dessutom ville man sörja för efterutbildning för de allmänläkare som skulle komma att möta nya grupper av patienter [3].

Det fanns även en ideologisk dimension i »Utvecklad primärvård«, något som delvis bidrog till att fullmäktige antog förslaget. I och med Hälso- och sjukvårdspropositionen (1994/5:195) gavs primärvården ett ökat ansvar relativt sjukhusvården, och landstingets politiker delade den ambitionen. Den ideologiska bakgrunden till förslaget nämndes dock bara i förbigående i förslaget.

Isidorprojektet genomfördes i diskussion och förhandling så som vid framtagandet. Landstingsstyrelsen hade det övergripande ansvaret för genomfö-



Figur 1. Antal läkarbesök i öppenvård vid Akademiska sjukhuset i Uppsala under åren 1995–1997.

randet, men avsikten var att de olika förvaltningarna skulle förhandla med varandra om hur de uppsatta målen skulle uppnås. Därefter skulle man inom varje förvaltning bestämma hur de åtaganden man gjort skulle uppfyllas.

Brister i arbetsgången

Det underlag som arbetsgruppen använde för att ta fram sitt förslag har av flera, framför allt representanter för landstinget, bedömts som bristfälligt. Bland annat saknades det dokumenterade kostnadsanalyser och konsekvensbeskrivningar. Man accepterade detta då det fanns ett behov av att snabbt fatta beslut. Vidare saknade man bra utgångsdata, och det innebar en ytterligare kostnad att ta fram ett detaljerat underlag. Att landstingsledningen sedan valde att låta de berörda parterna förhandla fram förslaget var en följd av att parterna åtnjöt ett stort förtroende hos de folkvalda.

Bland ansvariga på berörda sjukhuskliniker fanns en utbredd skepsis mot möjligheten att uppnå en besparing av den storleksordning som förslaget angav. Man var tveksam till om det var möjligt att reducera personalkostnaderna i den omfattning som krävdes. Förslaget var ej heller förankrat i samma utsträckning hos sjukhusläkarna som hos deras motsvarande kollegor inom primärvården. De uppfattade kraven på förändringar som direktiv och hade inte känt sig delaktiga i beslutet.

Vidare har olika aktörer i organisationen haft skiftande uppfattningar om hur de angivna siffrorna skulle tolkas. Politikerna såg dem som åtaganden från förvaltningsrepresentanternas sida, medan de senare i sin tur betraktade siffrorna som riktmärken.

Förutsättningarna för att utvärdera resultatet av besparingsförslaget är bristfälliga, enligt flera aktörer. De bedömde

att det saknades »tid, pengar och kompetens« och att den befintliga verksamhetsstatistiken samt ekonomiska redovisningen var otillräckliga för en detaljerad analys.

Genomförda förändringar

De åtgärder som föreslogs i Isidorförslaget »Utvecklad primärvård« har i stort realiserats [4]. Sjukvårdsupplysningen och primärvårdsakuten har startat sin verksamhet, och man arbetar på att ge både allmän- och specialistläkarna utbildning och att utveckla vårdprogram. Åtgärderna har genomförts i samverkan mellan olika förvaltningar, och den gemensamma uppfattningen är att de fungerar som avsett.

Primärvårdens ställning gentemot sjukhusvården har stärkts, och för att möjliggöra effektiv samverkan mellan förvaltningarna har man utvecklat nya samarbetsformer. Bland annat finns nu ett forum där förvaltningsledningarna regelbundet träffas och diskuterar frågor om hur arbetet skall fördelas. Den allmänna uppfattningen är att samarbetsklimatet har förbättrats som en följd av projektet.

Utvecklingen av antalet läkarbesök

Antalet läkarbesök vid Akademiska sjukhuset minskade något under åren 1996 och 1997 (Figur 1). År 1997 var antalet besök 22 000 mindre än 1995. Antalet besök ökade åter 1998 för att åter minska 1999 till att bli 7 procent (–23 400 besök) lägre än det som gällde 1995. I årsredovisningen för 1997 konstaterar dock styrelsen för Akademiska sjukhuset att det i förhållande till budget sker en merproduktion med avseende på antal besök och att »den förväntade minskningen som ett resultat av Isidorprojektet 'Utvecklad primärvård' har således uteblivit«.

Vidare förklarar man i 1998 års redovisning besöksökningen som ett resultat av »polikliniseringseffekter«, något man hade för avsikt att studera i ett senare skede. Detta har enligt vår kännedom ej genomförts. De ekonomiska resultaten har ej särredovisats för öppenvårdsbesöken. För sjukhuset som helhet har resultaten under perioden 1995–1999 varierat mellan ett underskott på 35 miljoner kronor och ett underskott på 138 miljoner kronor utan någon tydlig trend.

Klara mål viktigt

Besparingsförslagen arbetades fram i förhandlingar mellan de olika aktörerna och verksamheterna. Man kunde relativt snabbt utarbeta och enas om ett antal förslag till åtgärder. Genomförandet av föreslagna åtgärder har också fungerat väl

i de förvaltningar som deltagit i förhandlingarna. Samarbetsklimatet och förtroendet förefaller ha förbättrats mellan de berörda förvaltningarna.

Samtidigt som landstingets politiker valde att låta förvaltningarna ta fram beslut i förhandlingar, avstod de dock från att försöka ta fram mer detaljerade underlag för beslutet eller formulera klara målsättningar i förslaget. Förvaltningsrepresentanterna skulle ju bidra med sitt kunskande, och det bedömdes som tillräckligt. Det behövs dock inte finnas någon motsättning i att låta beslut tas fram i förhandlingar och att göra en noggrann analys om förslagets konsekvenser. Mer kunskap inom detta område hade troligtvis kunnat leda till effektivare åtgärder.

Att de data och de beräkningar som låg bakom de kalkylerade besparingarna i förslaget inte kan spåras till någon ansvarig gör att det kan uppstå tveksamheter kring beräkningarnas precision. Sålunda är det inte förvånande att olika personer i organisationen tolkade målen på olika sätt, med risk för att målen inte nås. Om de avsedda effekterna inte uppnås till följd av brister i beslutsunderlag eller ansvarsfördelning riskerar dessutom trovärdigheten, och motivationen, att minska inför nya förhandlingar.

Att formulera klara målsättningar är viktigt inte bara för verksamheten i sig utan också för möjligheten att kunna utvärdera effekterna av de förändringar som genomförts [10]. En metod för utvärdering är att studera graden av måluppfyllelse, så kallad målrelaterad utvärdering. Det innebär att de uppnådda effekterna av en förändring värderas i relation till de uppsatta målen. För att kunna genomföra en sådan utvärdering krävs dels tillgång till dokumenterade mål för verksamheten och för förändringar i den, dels en möjlighet att kontrollera vilka effekterna blivit. De uppnådda effekterna måste även kunna kopplas till de genomförda förändringarna [10]. Förutsättningar för denna form av utvärdering måste skapas redan vid planeringen av förändringar.

Svårt att tyda effekter

Tillgänglig ekonomisk statistik för Akademiska sjukhuset visar på ett fortsatt underskott under perioden 1996 till 1999. Samtidigt fanns en viss nedgång i antalet läkarbesök vid Akademiska sjukhuset. Denna nedgång var dock inte så stor som man planerat, och nedgången varierade mellan de olika åren [5–9]. Det är svårt att ur statistiken tyda sig till huruvida de ekonomiska underskotten uppstått till följd av att Isidorprojektet misslyckats eller till följd av att nya faktorer tillkommit.

De siffror som landstinget presenterar i sina månatliga rapporter respektive i sin årsredovisning är alltför översiktliga för att kunna användas för noggrannare analyser av läget. Landstingets revisorer ifrågasätter dessutom tillförlitligheten i kalkylerna och om man i dessa har kopplat ihop ekonomi och verksamhet tillräckligt tydligt [13]. Att i efterhand undersöka vilka effekter Isidorförslagen har haft på det ekonomiska läget i landstinget är således mycket svårt.

Det är också viktigt att påpeka att förändringarna i sjukvården inte bara skall beakta de ekonomiska målen. Det övergripande målet för verksamheten är ju enligt Hälso- och sjukvårdslagen att verka för en »god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen« [14]. De ekonomiska målsättningarna måste analyseras i relation till dessa hälsomål. Dessutom ställs på all offentlig verksamhet demokratiska krav som innebär att verksamheten skall utformas med möjlighet till insyn och medbestämmande för allmänhet och patienter, något som försvåras om beslutsunderlag och ansvarsfördelning är bristfälliga.

Mot denna bakgrund är det en brist att man varken i utformning av förslaget eller i uppföljningen av utfallet genomfört någon epidemiologisk kartläggning av konsekvenserna. I beräkningarna har man valt att uteslutande beakta produktionen i form av antalet besök, det vill säga utan att beakta det medicinska innehållet i dessa besök eller hur de fördelades på individer. Det saknas helt uppgifter om vilka patientgrupper som är berörda av förslaget. Det innebär att man inte kan värdera huruvida de planerade respektive genomförda förändringarna varit positiva eller negativa ur medicinsk synvinkel. Det går således inte heller att analysera om omflyttningen av patientbesök inneburit en förbättrad hushållning med resurser utifrån uppsatta hälsomål.

Att vid förändringar inom vården använda sig av en förhandlingsmodell förefaller ha underlättat samverkan och genomförandet av de föreslagna åtgärderna. Arbetsformen hade emellertid vissa nackdelar, främst genom att man inte prioriterade att ta fram ett tydligt besluts- och utvärderingsunderlag och att ansvarsfördelningen blev oklar. Genom att förbättra förutsättningarna för en målrelaterad utvärdering bör dessa nackdelar kunna reduceras.

Referenser

1. Angner E, Lindahl G, Rosenqvist U, Westerling R. Förändringar och besparingar inom vården – förutsättningar, aktörer och mål. Socialmedicinsk rapportserie.

- Uppsala: Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet; 1997.
2. Handlingar och protokoll vid möte 20–21.11.1995. Uppsala: Uppsala läns landsting; 1995.
 3. Kostnadsreduceringar inom hälso- och sjukvård. Isidorgruppens förslag. Uppsala läns landsting; 1995.
 4. Styrning av patienter i öppenvården. Landstinget i Uppsala län. Komrev. Revisionsrapport 1997-04-01.
 5. Årsredovisning 1997 för Akademiska sjukhuset. Akademiska sjukhuset. Uppsala: Landstinget i Uppsala län; 1998.
 6. Årsredovisning 1998 för Akademiska sjukhuset. Akademiska sjukhuset. Uppsala: Landstinget i Uppsala län; 1999.
 7. Årsredovisning 1996. Uppsala läns landsting. Uppsala; 1997.
 8. Årsredovisning 1998. Uppsala läns landsting. Uppsala; 1999.
 9. Årsredovisning 1999 för Akademiska sjukhuset. Akademiska sjukhuset. Uppsala: Landstinget i Uppsala län; 2000.
 10. Vedung E. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur; 1991.
 11. Sannerstedt A. Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I: Rothstein B, redaktör. Politik som organisation. Stockholm: SNS förlag; 1991. p 13-40.
 12. Elmore R. Organizational models of social program implementation. Public Policy 1978;2:185-228.
 13. Granskning av årsredovisningen för styrelsen för Akademiska sjukhuset, Landstinget i Uppsala län 1996. Komrev. Revisionsrapport 1997-06-05.
 14. Hälso- och sjukvårdslag. SFS 1982:763.

Särtryck

Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksam läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är
70 kronor



Vetenskapsteori

Beställer härmed.....ex
av "Vetenskapsteori"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker