

Vårdens skilda världar

Vårdens skilda världar
Vision och verklighet i Region Skåne
Dick Erixon

© FÖRFATTAREN OCH AB TIMBRO/CVV 2000

FORMGIVNING: SILVER

SÄTTNING: ATELJÉ TYP SNITTET L&R AB

TRYCK: ELANDERS GOTAB, STOCKHOLM 2001

ISBN 91-7566-483-6

ISSN 1404-3033. NR 19

CENTRUM FÖR VÄLFÄRD EFTER VÄLFÄRDSSTATEN

TEL 08-587 898 00

FAX 08-587 898 50

www.cvv.nu

info@cvv.nu

INNEHÅLL

1. FÖRORD 6
2. PATIENTER DÖR I VÄNTAN PÅ VÅRD 8
3. HÖGA POLITISKA AMBITIONER 16
4. VEM TILLÅTS VARA CHEF? 30
5. VART TOG PENGARNA VÄGEN? 36
6. NÄR GODA AMBITIONER INTE RÄCKER 44

1. Förord

Upprinnelsen till denna rapport är ett protestmöte vid Lunds universitetssjukhus den 22 juni 2000. Efter den känslomässiga urladdning som då riktades mot närvarande politiker tog några läkare kontakt med CVV. De framförde förslaget att sjukvården i Skåne borde studeras av utomstående. Av någon som inte är part i målet, men som samtidigt inte reflexmässigt är motståndare till förnyelse och utveckling.

Under våra diskussioner blev det tydligt att dessa läkare slits mellan två lojaliteter. Dels till sin egen verksamhet, som lider av kaotiska och motstridiga signaler från politikerna. Dels till den politiska ledningen, som läkarna inser i grunden vill väl. En studie av Skånesjukvården bör alltså inte idiotförklara politikerna, men heller inte tona ner de allvarliga brister som är verklighet för vårdpersonal och patienter.

Avsikten är således att *belysa* den skånska sjukvårdens problem, *beskriva* den borgerliga politiska ledningens ambitioner och *i konstruktiv ton peka på brister* och söka förklaringar till dem. Allt i syfte att understödja och stärka ett förändringsarbete som är ofrånkomligt. Den offentliga sjukvården lever kvar i industrisamhällets strukturtänkande med storskalighet och kollektivism som ledstjärnor. En föråldrad struktur med bristande respekt för patienterna som unika individer med skiftande behov. En struktur som i avsaknad av tydligt ledarskap ser personal som utbytbara kuggar snarare än kunniga och handlingskraftiga medarbetare.

I stället för att se all kritik som en prestigeförlust måste politikerna lyssna, resonera och bidra till ett öppnare klimat. Det är också viktigt att vårdprofessionen på ett konstruktivt sätt vågar lyfta fram bristerna, utan att för den skull bortse från att politikerna har svåra avvägningar att göra. Ramarna är begränsade. Om denna rapport kan bidra till att olika aktörer kryper upp ur sina skyttegravar och startar en konstruktiv diskussion har den uppfyllt sitt syfte.

Stockholm i december 2000

Dick Erixon

2. Patienter dör i väntan på vård

När jag blev läkare trodde jag det svåraste skulle vara att berätta för en patient att han led av en obotlig cancersjukdom. Men det är det inte. Svårast är att tvingas ljuga för patienterna. Lova att de ska bli kallade inom någon månad när man vet att de kanske aldrig blir kallade.

Kirurg vid möte i sjukhusaulan i Lund, 22 juni 2000

En efter en beskriver läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal sin arbetssituation vid ett protestmöte i aulan på Lunds universitetssjukhus i juni 2000. På podiet sitter Skåne-regionens ledande politiker. De har bjudit in till mötet efter att över 2 400 anställda vid sjukhuset skrivit på ett upprop mot arbetsgivaren, Region Skåne, och krävt att få träffa beslutsfattarna. Till mötet sluter nära 500 anställda upp, trots den udda tidpunkten – dagen före midsommarafton. Med starkt engagemang ger de skrämmande bilder av vardagen i vården.

”Vi har oacceptabelt långa väntetider. Patienter dör i väntan på behandling”, säger en läkare i onkologi.

”En 27-åring sökte gång på gång för torrhosta och andningsbesvär men gav upp efter att ha väntat ibland upp till tolv timmar på akutmottagningen. När han efter ett halvår lyckades få diagnos ställd visade det sig att han hade en tumör i lungan”, berättar en läkare vid lungkliniken.

”Personal som har sjukskrivits för att de är utarbetade är livrädda för att återgå till ett arbete som de upplever far illa med dem. Det är inte oengagerade människor, tvärtom. De har ofta känt stolthet över sitt arbete och en djup förtvivlan när de inte längre kan göra en arbetsinsats som de kan vara stolta över”, framförde sjukhusets egen företagsläkare.

”En person med medfött ryggmärgsbräck och vattenskalle kom in på akuten sedan han hade drabbats av svimningsanfall. Han väntade 16 timmar på att få rätt behandling. Enligt Socialstyrelsen fick han allvarliga och bestående men av fördröjning-

en, och sjukhusledningen har avkrävts åtgärder som garanti mot upprepningar.”

Budskapet är tydligt: Sjukhuset har kapacitetsproblem. Anställda blir utslitna eftersom de tvingas klara ett allt större arbetsstryck utan att ha stöd från sin arbetsorganisation, som är stel och oflexibel. Patienterna känner förtvivlan och oro när de hamnar i långa köer och inte får den vård de har förväntat sig.

För politikerna på podiet är vårdpersonalens vittnesbörd nyheter. ”Så här illa trodde jag inte det var”, sa regionstyrelsens ordförande Carl Sonesson (m) direkt efter mötet enligt Kvällsposten (23 juni).

En förklaring till att politikerna inte är bättre insatta i problemen kan vara att vårdpersonal är en grupp som normalt drar sig för att öppet kritisera sin arbetsplats. Starkare än privatanställda känner de att kritik kan leda till att deras ställning på arbetsplatsen försämras. Det visar en studie från Arbetslivsinstitutet. Hur skall arbetsplatser kunna utvecklas om folk är rädda för att yttra sig och hur skall det uppstå något lärande, undrar Gunnar Aronsson, professor i psykologi vid institutet. Han menar att här finns en uppenbar konflikt till idealen om öppenhet och delaktighet, som hyllas så vitt och brett. Allt detta framgår av ett något skrynkligt och väl tummat tidningsurklipp från Dagens Nyheter med rubriken ”Offentligt anställda är tystast” och som hänger på en anslagstavla på Lunds universitetssjukhus.

Protestmötet i aulan blev något av ett genombrott. Efter mötet har allt fler kommit över sin rädsla att tala om villkoren i sjukvårdens vardag. De smärtsamma förhållandena har skapat ett sådant tryck att locket inte längre kan läggas på. Till CVV har personal på sjukhuset framfört förslag om en granskning av Skånerregionen. Du håller resultatet i din hand.

En annan effekt av protestmötet är en öppnare attityd till massmedia. Personal vid privata vårdhem har oftare talat med journalister, eftersom de har kunnat söka sig andra arbetsgiva-

re. Däremot har offentligt anställda tigit, eftersom deras arbetsgivare i det närmaste har monopol för personal med den egna yrkeskompetensen. Att uttala sig kritiskt kan därmed i praktiken leda till yrkesförbud. I takt med att alternativen till offentlig vård ökar blir det också lättare för offentligt anställda att tala fritt. Den bild som har vuxit fram i medierna efter protestmötet i Lund har inte mildrat intrycket av sjukvårdens kris.

”Hade det bara gällt patienterna och kollegerna så hade jag stannat kvar”, säger Hans Eriksson till Arbetet (1 augusti). Efter 15 år på Lunds universitetssjukhus har han sagt upp sig från tjänsten som överläkare i psykiatri och ställföreträdande verksamhetschef för att börja nytt jobb på ett danskt läkemedelsföretag. ”Svensk sjukvård drivs som en gammaldags, producerande industri som fokuserar på kvantitativa mått”, säger han. ”Man måste ägna kvalitativa aspekter större uppmärksamhet. Det centrala problemet i dag är att arbetsglädjen är borta. När prioriteringarna blir allt tuffare kanske folk slutar säga att vi visserligen betalar hög skatt men också får världens bästa sjukvård”, summerar han.

En effekt av bristen på arbetsglädje kan personalchefen Kerstin Gadd konstatera: ”Det har blivit allt svårare att rekrytera läkare till sjukhuset. Vi har färre sökande per tjänst”, säger hon till Arbetet (1 augusti). ”En förklaring är arbetsvillkoren: läkare som har jour tvingas använda en stor del av sin arbetstid till att försöka leta fram vårdplatser att lägga de sjuka. Patienter tvingas ligga på avdelningar där de inte hör hemma. På internspråk kallas de utelligare.”

Ilkska och frustration gjorde att narkosläkaren Gunilla Islander fattade pennan och skrev ner sina upplevelser efter en dag med jour på intensivvårds- och anesthesiavdelningen i Lund. Arbetet (2 augusti) återger några patientfall ur dagboken som alla är skrämmande:

En äldre kvinna med akut andningssvikt som hade lagts i respirator på infektion i Lund, flyttades till intensivvården, vidare till infektion i Malmö. Därifrån tillbaka till infektion i Lund, sedan till intensivvården där. Det var tungt att meddela maken att hon skulle flyttas för sjätte gången – hela tiden under respiratorbehandling.

En ung man kommer in förlamad i benen, med lungskador och omfattande sår- och slitskador efter en trafikolycka där hans flickvän omedelbart hade dödats. Han var psykotiskt paralyserad av chock och skräck. Men jag och sköterskorna kunde bara rusa förbi och ge honom en spruta med lugnande medel i stället för att vid sängkanten trösta och lyssna en stund.

En förklaring till den höga arbetsbelastningen pekar sjuksköterskan Christel Persson och undersköterskan Janet Alm på i Arbetet (3 augusti). Kvalificerad vårdpersonal får ägna mycket tid åt att bädda sängar, springa bud med prover och papper, sortera tvätt, få TV-apparaten att fungera, leta reda på rullstolar, värma och duka upp mat. Förr fanns vaktmästare och servicepersonal för dessa enklare sysslor. Nu tar uppgifterna mycket tid för sköterskorna, som i stället borde ägna sig åt vård och omsorg om patienterna. "Neddragningarna på kringsservicen har som jag ser det inte sparat några pengar", säger Persson, som tror att kostnaderna i stället ökat eftersom man använder överkvalificerad personal till att utföra kringssysslorna.

"Protestmötet gav få effekter" skriver Sydsvenska Dagbladet (19 juli) en månad senare.

"Personalen var rasande, men de flesta tyckte ändå att det var skönt att få berätta för politikerna hur det ser ut, att patienternas säkerhet verkligen är i fara", säger överläkare Eva Ståhl.

"Men det är en bild som personalen inte lyckades förmedla till regiondirektören Kenneth Holmstedt", skriver tidningen, som har talat med honom:

"Det går inte att dra några generella slutsatser om patient-

säkerheten av det som blev sagt, säger han. Då vet han inget om sjukvård”, svarar Eva Ståhl.

Därefter går regiondirektören, som är regionens högste tjänsteman, till attack mot läkarna. De läkare som ljuger för patienterna om väntetider skall anmälas, dundrar han i tidningen. Det vittnar om en total oförståelse för hur maktlösa vi känner oss som arbetar med detta dagligen, kommenterar Eva Ståhl.

I Nyhetsbrev nr 5 från Produktionsberedningen kunde personalen läsa att direktören för produktionsstaben som en konsekvens av protestmötet skulle ”undersöka varför det i vissa fall är så långa väntetider”.

”Det är helt sanslöst. De säger inget om bristen på vårdplatser, inget om bristen på personal”, kommenterar Eva Ståhl till Sydsvenskan och undrar vad det är politikerna behöver undersöka. Halverade kliniker! Vad mer behöver de veta?

Av tidningsintervjun framgår också att många i personalen har förundrats över att de problem som togs upp på protestmötet uppfattades som nyheter av de ledande politiker som var där. Hur fungerar kommunikationen mellan politiker och sjukhusledning? Eva Ståhl säger att hon har fortsatt förtroende för sjukhusdirektören Leif Granath, som hon menar står på personalens sida.

Det är också det intryck jag har fått av mina samtal med personal på sjukhuset. Dessa samtal har dock skett under förutsättning att de inte återges i skrift. Öppenheten visar sig alltså inte vara så stor som tidningsartiklarna kan ge sken av. De som uttalar sig i medierna är fortfarande undantag. Inte minst regiondirektörens uttalanden uppfattas som ett hot. Hans budskap går inte att tolka på annat sätt än att vi skall hålla käft, säger en läkare. Utan att kunna gå in på konkreta fall, handlar den kritik jag får ta del av i huvudsak om brister i styrning, kontroll och strategi mellan regionledning och lokal ledning ute i verksamheten. Alltså brist på effektivt och dynamiskt ledarskap på admi-

nistrativ nivå. Läkarna leder den medicinska verksamheten. De personer jag har talat med har, liksom Eva Ståhl, förtroende för sjukhusdirektör Granath. Med honom går det att ha en öppen dialog. Samtala. Han är tillgänglig. Det gäller också tuffa och prestigeladdade interna frågor som när lokalerna på sjukhuset skall disponeras om. Men "högre upp" verkar det korka igen.

En förklaring kan naturligtvis vara att de läkare jag talat med har möjlighet att få kontakt med sin sjukhusdirektör, medan nivåerna därovan ligger utom deras räckhåll. Personalen nås uppenbarligen inte av budskapen från högre nivåer. Ansvar för den bristande kommunikationen ligger rimligen på de senare, som fattar beslut om budgetbesparingar och organisationsförändringar. Orsakerna till bristande kommunikation är flera. Det ligger nära till hands att misstänka att man inte prioriterat uppgiften att förankra, förklara och motivera fattade beslut ute i organisationen. Ansvar för detta bör inte läggas enbart på lokala chefer, typ sjukhusdirektörer, som inte är beslutsfattare i dessa ärenden och därför inte kan ta ansvar för dem.

Personalens misstänksamhet mot de högre administrativa nivåerna blir också lättare att förstå när man tar del av regiondirektörens reaktion på personalens frustration, i form av uttalanden fällda i massmedia. De signalerar knappast det stimulerande och engagerade ledarskap som den politiska ledningen utlovar.

Nu verkar det inte bara vara personalen som tycker att kommunikationen inte fungerar. Efter protestmötet har den politiska ledningen uppmärksammat att de som sitter högst upp i hierarkin också är isolerade. De har hittills förlitat sig på att direktörerna på regionnivå skall förmedla kunskap, synsätt och information både uppifrån och ner – och omvänt. Uppenbarligen har informationen fastnat på vägen. Regionstyrelsens ordförande Carl Sonesson tog i somras initiativ till dialogkonferenser med vårdpersonal. Ett initiativ som mötts med positiva reaktioner från

vårdpersonalen.

Vi glider nu över från vårdpersonalens värld till politikernas.
Och hur de ser på vården i Skåne.

3. Höga politiska ambitioner

God kontinuitet skall skapas i vården. Patienten skall garanteras hög kvalitet i behandling och omvårdnad. Ingen skall behöva fara illa eller ej få vård i rätt tid på grund av oklara ansvarsförhållanden.
Program för Region Skåne 1999–2002(m, kd, c, fp)

Det är tyvärr kutym att våra politiker satsar störst energi på misstänkliggörandet av motståndarnas intentioner. Att måla ut varandra som djävulens handgångna män är legio. Eftersom medborgarna oftast inser det orimliga i anklagelserna, är dagens politiska spel inte bara meningslöst utan också kontraproduktivt. Allt färre bryr sig. Misstänkliggörandet får också en annan effekt som bidrar till att undergräva politikernas trovärdighet – de politiska dokumenten fylls med så många plattityder och självklara målbeskrivningar att det är ytterst påfrestande att läsa handlingarna. Dokumenten sprider ett löjets skimmer över politiken. De politiska texterna framstår som naiva när de konfronteras med de konkreta och handgripliga brister som tas upp i samhällsdebatten och massmedierna.

Region Skåne är inget undantag. Det finns en häpnadsväckande kontrast mellan den verklighet patienternas och vårdpersonalen upplever och den bild som växer fram i regionens olika dokument. Det vore enkelt att här presentera citat som får regionens politiker att framstå som om de kom från en annan planet. Men det vore också orättvist. Politiker som ansvarar för och fördelar många miljarder kronor om året till sjukvård borde tas på fullaste allvar. Och ställas mot väggen. Vad vill de åstadkomma? Vad gör de, egentligen? Eftersom politikens anseende har sjunkit så lågt bryr sig allt färre om att analysera politikernas ambitioner och handlingar. Allt fler nöjer sig med att klaga och förbanna.

Här skall vi därför ta den borgerliga koalitionen på allvar. Vi skall så rättvist som möjligt presentera vad de har gjort under de två år de haft makten i Region Skåne. Och vilka ambitionerna är

för kommande år. I en sådan analys blir omvärldsfaktorer inte obetydliga. Sådana brukar anses vara bortförklaringar, eftersom politiker själva ofta har lyft fram sådana för att försöka tona ner sitt eget ansvar. I en objektiv granskning går det dock inte att utelämna omvärldsfaktorer, men de skall inte överdrivas.

En omvärldsfaktor som vi bör ha i minnet är att Region Skåne bildades den 1 januari 1999 genom en sammanslagning av landstingen i Malmöhus län och Kristianstad län samt sjukvården i Malmö stad. Det är den största administrativa förändringen i Skåne i modern tid. Dessutom startade vid samma tidpunkt ett försök med regionalt ansvar för vissa statliga uppgifter som tidigare låg på länsstyrelserna. Sammanslagningar skapar alltid oro och osäkerhet innan den nya organisationen har satt sig. Det finns också kulturella skillnader som måste få värka ut. En regionfullmäktigeledamot menar exempelvis att landstinget i Kristianstad präglades av pragmatism och blocköverskridande samtal och beslut, medan Malmöhus hade högre grad av politisk debatt med tydliga alternativ att välja mellan.

En annan omvärldsfaktor är att partierna i den styrande fyrklövern – moderaterna, kristdemokraterna, centerpartiet och folkpartiet – inte har majoritet i regionfullmäktige. Partiet Skånes väl, en samverkan mellan lokala partier, är vågmästare. Det gör att ledningen inte är så stark som den skulle vara med egen majoritet. Det går alltid att ifrågasätta om det ett ansvarigt regionråd säger verkligen gäller. För att skapa större stabilitet gjorde de borgerliga och socialdemokraterna upp om regionens budget för 2001 dagen före budgetmötet i oktober. Uppgörelsen skall inte påverka takten i förnyelsearbetet.

Med sig i bagaget har den nya regionen inte bara 30 000 anställda – varav nära 27 000 inom sjukvården – utan också ett kraftigt underskott från de tidigare landstingen på upp emot en miljard kronor per år. Skattesatsen är 9,39 kronor efter överenskommelse med de 33 kommunerna i regionen.

Skåningarna har lägre beskattningsbar inkomst än landet i övrigt, trots storstaden Malmö. Skattekraften i Skåne är endast 94,2 procent jämfört med ett riksgenomsnitt på 100 procent. Enligt Merita-Nordbankens konjunkturöversikt av regionernas ekonomiska utveckling har dock Skåne snabbare tillväxt än till och med Stockholmsregionen: 4,3 procents tillväxt 2001 jämfört med Stockholms 3,2 (som också är prognosen för landet som helhet). Även 2002 väntas Skåne ligga 1 procent högre än Stockholm. Förväntningarna på den nya Öresundsbron och Öresundssamarbetet är med andra ord höga.

Region Skåne har 1,1 miljoner invånare. Till skillnad från Västra Götalandsregionen är Skåne en naturlig och historiskt förankrad region, inte en ren pappersprodukt, vilket gör att möjligheterna till sammanhållning är större.

Den borgerliga regionledning som trädde till makten efter valet 1998 har mycket höga ambitioner. I de dokument som ligger till grund för koalitionen formuleras ett stort antal mål.

I två portalmeningar i *Program för Region Skåne* (undertecknat 23 oktober 1998) sägs att: *Skånes invånare skall ges vård på lika villkor. Det innebär att alla – oavsett kön, ekonomisk, social eller annan ställning, skall ha samma rätt till en god hälso- och sjukvård med korta väntetider.*

I ett patientperspektiv betonas tillgängligheten till vård och möjligheten att vid upprepade besök få träffa samma vårdgivare. Patienternas trygghet skall säkerställas genom ett antal garantier. Vårdgarantin innebär "att ingen skall behöva vänta mer än tre månader från diagnos till behandling för alla medicinskt motiverade diagnoser". Vårdighetsgarantin innebär att "patienten alltid får ett bemötande som präglas av värdighet och respekt och erbjuds den vård som bäst passar det aktuella behovet".

I personalperspektivet betonas att kompetens, erfarenhet och engagemang "på ett bättre sätt än i dag måste lyftas fram och stimuleras". Personalens roll skall utvecklas genom att "makten

över vardagen måste ... flyttas från politiker till de sakkunniga i vården”.

Mot dessa ambitioner ställs det ekonomiska underskott som regionen dras med från starten i januari 1999. I programmet utlovas ”olika modeller för ökad kostnadskontroll”. Helhetsperspektiv skall tillämpas. På dessa diffusa formuleringar följer några inte lika vanliga löften: pågående projekt och verksamheter måste ”ifrågasättas”. I ovanligt konkreta termer deklarerar stora förändringar: ”ett nytt ekonomiskt ersättnings- och uppföljningssystem skall införas ... och innebära att pengarna följer patienten. Vårdgivaren skall ... ersättas efter prestation.”

Vägen till bättre vård och effektivare resursutnyttjande går, enligt programmet, över förnyelse, alternativ och konkurrensutsättning, delegering av beslut och befogenheter och en politikerroll vars viktigaste uppgift är att företräda medborgarna. Alla skåningar har rätt att fritt välja vårdgivare, privat eller offentlig. Olika driftsformer skall finnas i Skåne.

Vackra ord. Höga ambitioner. Men vad har hänt sedan maktillträdet? I dokumentet *Halvtid*, som publicerades i oktober 2000, gör fyrklövern en utvärdering av vad man åstadkommit under de två första åren vid makten. Det är ett intressant dokument eftersom det ger en tydlig bild av hur de borgerliga ser på sin egen insats.

Ägarperspektiv

Den borgerliga ledningen betonar att man håller vallöftet om att alla tio sjukhus i Skåne skall vara kvar. Man har brutit upp den tidigare strategin med parsjukhus, som innebar att sjukhusen skulle ledas och samverka två och två. Sjukhusen är nu självständiga enheter. *Helsingborgs lasarett* och *Ängelholms sjukhus* har ombildats till var sitt landstingsägt aktiebolag från 1 januari 2000. I Helsingborg har antalet behandlade patienter med gott resultat redan ökat, utan att kostnaderna skjutit i höjden – tvärtom.

Sjukvården i Simrishamn, vars sjukhus hotats av nedläggning på grund av för litet befolkningsunderlag, har lagts ut på extern entreprenad från 1 november 2000. Entreprenaden är unik. Inte främst för att ett privat företag, Praktikertjänst AB, har tagit över driften av sjukhuset utan därför att avtalet omfattar ansvar för hela närsjukvården i Simrishamn tätort och Borrby. Allt från primärvård med familjeläkare, distriktssköterskor och barnhälsovård samt specialistmottagningar och hemsjukvård, till sjukhus med akutmottagning dygnet runt inom invärtesmedicin ingår. Entreprenaden erbjuder också möjlighet till profilerad verksamhet och elektiv vård (planerade operationer), då med i huvudsak extern finansiering. Entreprenören hyr sjukhusets lokaler, har köpt inventarierna och berett all personal anställning enligt lagen om anställningsskydd och lagen om medbestämmande i arbetslivet.

”Region Skåne ser det som angeläget att åstadkomma utveckling av verksamheten utifrån upptagningsområdets speciella förutsättningar med en allt större andel äldre invånare i en stabil miljö”, heter det i principbeslutet. ”Syftet med att överlåta driften i Simrishamn är att det skall leda till utveckling ... för bygden och utgöra en drivkraft för utveckling i övriga regionen.” Med tanke på att ett och samma entreprenadavtal omfattar både sjukhus och primärvård är det inga överord. Ett av sjukvårdens grundläggande problem är de vattentäta skotten mellan primärvård och slutenvård. Nu skapas förutsättningar för att inom samma företag skapa trygga vårdkedjor och optimera bygdens vårdresurser, i den verklighet där patienterna lever.

”Vi har vid ett flertal tillfällen reserverat och motsatt oss beslut om att entreprenadupphandla sjukvården i Simrishamn”, skriver oppositionsrådet Kjell-Erik Bergqvist (s) i sin reservation, i vilken miljöpartiet instämmer. Han anser att det förslag som ”nu presenteras innehåller många obesvarade frågor”. Vänsterpartiet reserverade sig med motivering att det rör sig om ”över-

tro på konkurrensutsättningens och privatiseringars effekter på kvalitet och effektivitet". Av protokollet från MBL-förhandling med tio fackförbund (inklusive Kommunal, Vårdförbundet, SKTF, Psykologförbundet och Läkarförbundet) framgår att de inte har något att invända mot förnyelsen, annat än att en återköpsklausul bör finnas i entreprenörsavtalet.

Samtidigt har *Landskrona sjukhus*, som drivs i regionens egen regi, startat ett projekt för ett mer utvecklat samarbete över alla gränser inom sjukvård och omsorg. Regionen provar därmed praktiskt olika alternativ för att uppnå en sjukvårdsservice som respekterar de lokala – och därför med nödvändighet skiftande – behoven. Det är ovanligt att i politiska dokument så tydlig markera att människors behov skiftar. Vi kommer senare att se att denna verklighetssyn inte gäller i diskussionen om ekonomiska ersättningssystem. Där lever den outgrundliga landstings-tradition kvar som innebär att man har mycket svårt att acceptera att människor är olika. Men i de två projekten Simrishamn och Landskrona finns insikten att preferenserna skiftar hos människor, och därmed också i olika bygder.

I halvtidsrapporten är dessa projekt delar av det man kallar närsjukvård. Närsjukvårdskonceptet står för de borgerligas ambition att skapa väl fungerande medicinsk och organisatorisk samverkan mellan primärvård och andra specialiteter, i syfte att ge patienterna vård på rätt nivå. En hörnpelare i närsjukvården är *familjeläkarmodellen*, vars inriktning regionfullmäktige antog i juni 2000. Alla medborgare erbjuds en egen fritt vald familjeläkare i syfte att skapa ökad kontinuitet och trygghet. Valet skall ske aktivt och är frivilligt. Andra delar i närsjukvården är den kommunala hälso- och sjukvården, liksom kvalificerad vård i hemmet. Och genom samverkan skall specialistläkare och övriga yrkeskategorier finnas tillgängliga.

Till närsjukvården räknar man också ambitionen att förbättra tillgängligheten till "sjukvård på telefon". Vid ett möte med re-

gionrådet Henrik Hammar (m), som har högsta ansvaret för sjukvård i regionen, berättar han om en studie som uppskattar att omkring 300 000 samtal per år från patienter till vården inte blir besvarade. Det är lätt att förstå den irritation och otrygghet patienter kan känna om de bara möts av upptagetton eller evigt ringande signaler.

De borgerliga lyfter därför särskilt fram satsningen på en samordnad *sjukvårdsupplysning* som upphandlas med sikte på att en entreprenör skall kunna vara igång från 1 januari 2001. Genom att inrätta ett gemensamt telefonnummer för hela regionen skall alla skåningar, dygnet runt, kunna komma fram till och tala med sjukvårdspersonal. Tillgängligheten till sjukvård skall därmed öka kraftigt. Förmodligen också tilltron till att sjukvården faktiskt fungerar och kan ge de svar medborgarna söker. Egentligen är det häpnadsväckande att en sådan upplysningscentral inte finns sedan länge. Avsaknaden av en sådan kan förmodligen ses som bevis på att sjukvården hittills inte har haft ett tydligt uttalat patientperspektiv – något som nu är på väg att vinna insteg i regionen. Regionledningen tar här ett tydligt ägaransvar och förnyar strukturen.

Tanken är att närsjukvården i sina olika former skall avlasta akutsjukvården och ge patienterna vård på "rätt" nivå. Omhändertagandet i närsjukvården skall ge ökad tillgänglighet, kontinuitet och trygghet för patienterna. Genom sjukvårdsupplysning per telefon, familjeläkare och hemsjukvård skapas möjligheter för sjukvården att bättre hjälpa patienterna i deras egen miljö. Samtidigt – inte att förglömma – är närsjukvård mindre kostnadskrävande än akutvård.

Akutsjukvården skall avlastas också på andra sätt. Dels genom att den medicinsk-tekniska utvecklingen gör det möjligt för *ambulanssjukvården* (eller prehospitäl vård) att påbörja behandling på plats och förbereda fortsatt intensivvård på sjukhus. Dels genom att försöka skilja på akutvård och den *elektiva* (planera-

de) *vården*. Den elektiva kirurgin i Skåne har kartlagts, och resultatet visar att antalet operativa ingrepp sjunker samtidigt som köerna växer. I dag tvingas man inte sällan ställa in operationer som är inbokade sedan länge, eftersom akut uppkomna behov kräver företräde. Det skapar obehag och frustration hos de patienter som har ställt in sig på operation men som i sista stund får besked om att den inte blir av. Enligt fyrklövern's budget för 2001 bör därför elektiv baskirurgi förläggas till andra sjukhus än de fyra kompletta akutsjukhusen Lund, Malmö, Helsingborg och Kristianstad. Här handlar det mer om förhoppningar hos regionledningen än om åtgärder: frågan skall "klargöras" och "resursaspekter skall belysas". Typiskt politikernack, således.

Det går inte att komma ifrån att prioritering av primärvård – här formulerad som ett närsjukvårdskoncept – och separation mellan akut och elektiv vård, är två ambitioner som i minst två decennier har formulerats mer eller mindre uttalat i alla lands-ting, oavsett politisk färg. Ännu har ingen lyckats. Det behöver inte betyda att också Skåne måste misslyckas, men uppgifterna är uppenbarligen mycket tuffare att genomföra i praktiken än att formulera i skrift.

Den kontroversiella frågan om samverkan mellan *universitets-sjukhusen* i Lund och Malmö omges av betydande förvirring. Uppgifter om att en sådan samordning skulle spara 130 miljoner kronor har kommit på skam, inte minst i ljuset av de skräckinlagande erfarenheterna av den misslyckade sammanläggningen av tre sjukhus till Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Många medarbetare är rädda för att samverkan i Skåne skall gå samma väg. Det är också svårt att avhålla sig från miss-tankar om bypolitik och prestige mellan de två städerna och deras universitetssjukhus – Lund är det större sjukhuset, Malmö är den större staden.

Beslutet om samverkan mellan Lund och Malmö fattades i april 1999 och var tänkt att träda i kraft i januari 2001. Förbere-

delserna har kantats av oklarheter. Nu senast i oktober 2000, då tidningsrubrikerna löd "Ingen sammanslagning av kliniker". Personal och massmedier fick uppfattningen att planerna skrotats. "Vi har insett att den besparing på 130 miljoner kronor som låg till grund för beslutet inte är realistisk", sade produktionsberedningens ordförande Jerker Swanstein (m) till Sydsvenska Dagbladet (26 oktober). De som har kommit långt i arbetet med att slå ihop klinikerna reagerar negativt. "Det här är ett typexempel på hur det inte får gå till, vi är oändligt trötta på dessa kovändningar", sa Per-Anders Abrahamsson vid urologen till Sydnytt (25 oktober).

Några dagar senare förtydligar regionledningen sig. Inriktningen mot samverkan ligger fast, men takten tillåts variera inom de olika specialiteterna eftersom samverkan inte längre har ett ekonomiskt syfte, utan enbart ett medicinskt. Den högspecialiserade och forskningsanknutna vården är strategiskt mycket viktig för Skåne. Samverkan mellan de två sjukhusen skall förmå duktiga forskare att stanna, och framstående kliniker att utvecklas i Skåne. "Vi beklagar att informationen från Region Skåne i detta avseende varit oklart och gått att misstolka", skriver regionstyrelsens ordförande Carl Sonesson (m) m fl i Sydsvenska Dagbladet (3 november).

Patientperspektiv

Vi lämnar nu ägarperspektivet för att studera patientperspektivet och vad de borgerliga i regionen anser sig ha åstadkommit under sina två första år vid makten. I sin egen utvärdering betonar man att de två viktigaste åtgärderna för att stärka patienternas ställning är införandet av vårdgarantierna respektive valfriheten.

Löftet om ökad valfrihet har verkställts genom regionfullmäktiges beslut i december 1998 om att skåningarna har rätt att fritt välja vårdgivare – privata eller offentliga – i hela sjukvårdsregionen. Inga krav på remiss för besök hos specialist krävs, och re-

misstvänet för besök hos sjukgymnast har tagits bort.

Vårdgarantin är nu i kraft och i dag har skåningarna rätt att kräva: tid för läkarbesök i primärvården inom en vecka, tid på specialistmottagning inom fyra veckor och tid för operation/behandling inom tre månader efter ställd diagnos. Om patienten inte kan få dessa villkor uppfyllda inom Region Skåne har han/hon rätt att få hjälp hos andra sjukvårdshuvudmän på regionens bekostnad. Hjälpmedelsgarantin innebär att ingen skall behöva vänta mer än tre månader på att få hjälpmedel, typ hörapparat, utprovad. Vårdighetsgarantin skall säkerställa att "varje patient ges en värdig vård" och "bemötande som präglas av respekt och erbjuds den vård som bäst passar behovet". Hur denna sistnämnda garanti skall utvärderas framgår inte.

Däremot kunde regionrådet Henrik Hammar (m) på regionfullmäktiges budgetsammanträde i oktober 2000 visa att regionen klarar garantin om högst tre månaders kö till operation och behandling i 23 av de 25 diagnoser som landstingsförbundet bevakar. Kötiderna till olika sjukhus finns sedan i april utlagda på Internet via regionens egen hemsida. När jag studerar landstingsförbundets sammanställning över väntetider visar det sig att Region Skåne är bättre än de flesta andra landsting. Stockholm och Skåne har genomgående kortast köer. Det råkar också vara de som har högst andel privatproducerad vård.

Under regionfullmäktiges budgetmöte i oktober kritiserade oppositionsrådet Ingrid Lennerwald (s) de borgerliga för att vissa köer trots allt har blivit längre de senaste åren. Samtidigt tog hon upp en intressant frågeställning: vad betyder rapporterna om köer, egentligen? Hon exemplifierade med att bara 30 av de 120 patienter i Kristianstad som står i kö för starroperation tackade ja till erbjudandet att bli opererade i Ystad. Varför? Är de som står i kö i omedelbart behov av operation eller är köplatsen en indikation på att de någon gång i framtiden kommer att behöva operationen? I dag utförs i Sverige, enligt Lennerwald,

60 000 starroperationer årligen, vilket kan jämföras med 8 000 operationer 1980. Trots allt tal om köer utförs en vårdproduktion som är enormt mycket mer omfattande än tidigare. Det får vi inte glömma, menade Lennerwald.

Däremot berörde Lennerwald inte att en orsak till att köer ibland uppges vara mycket långa är att politiker i sin förkärlek att framstå som handlingskraftiga ofta utlovar "köpengar". Extra anslag till kliniker med köer. Om sjukvårdens enheter får betalt för patienter i kö, är det kanske inte så konstigt att köerna har en tendens att bli längre. Men det är till skada för sjukvårdens anseende att det talas om långa köer, i synnerhet om köer är konstlade för att generera extra anslag.

Beteendet är ett tecken på att den form av planekonomi som anslagsfinansieringen inom sjukvården utgör i grunden är improduktiv. Den borgerliga inriktningen på konkurrens och prestationsersättning skall ändra på förhållandena och samtidigt ge patienterna större valfrihet. I konkurrensutsatta verksamheter finns det ingen anledning att skrämja medborgarna och framställa sig som sämre än man är, med längre köer än man faktiskt har. Med prestationsersättning blir det angeläget att behandla och operera patienter i stället för att placera dem i kö.

De borgerliga betonar konkurrensens fördelar: den sätter fokus på kärnverksamheterna, frigör kreativitet och initiativkraft samt stimulerar personal, ledning och entreprenörer att söka nya effektiva lösningar. Allt till nytta för patienterna.

I enlighet med det konkurrensprogram som antogs i april 1999 skall all serviceverksamhet (städning, transport, kosthållning) konkurrensutsättas. Av inre service (ambulanstransport, röntgen, laboratorier, IT) skall 50 procent konkurrensutsättas. Vården och övrig kärnverksamhet skall konkurrensutsättas där det finns behov av alternativ, där det är ekonomiskt fördelaktigt för regionen eller där regionens egen personal önskar ta över driften.

Hittills har nära 30 upphandlingar genomförts till en sam-

manlagd volym på 600 miljoner kr per år. Ytterligare ett tjugotal upphandlingar pågår, skriver regionledningen i halvtidsrapporten i oktober 2000. Därutöver har 650 personer i personalen anmält intresse av att starta eget, och 250 har genomgått utbildning i ämnet.

En risk när så omfattande verksamhet – som inte tidigare har upphandlats – skall handläggas enligt denna mer kunskapskrävande metod, är att upphandlingen i början är bristfällig. Så har det också varit i Skåne. Flera stämningar har lämnats in från anbudsgivare som anser sig felaktigt behandlade. Trassel av detta slag skall ställas mot att den offentliga sjukvården för första gången tvingas definiera och analysera vad det är man gör. Tidigare har verksamheterna varit mycket diffust beskrivna och uppföljningar i praktiken omöjliga att genomföra.

Mycket har hänt

Trots vårdpersonals mörka bild, som den framstod i första kapitlet, måste man säga att de borgerliga i Region Skåne har vidtagit en rad åtgärder för att förbättra sjukvården. Det är inte bara tomma ord. En organisation som omsätter 17 miljarder kronor per år och består av 10 sjukhus, 100 vårdcentraler och nära 27 000 anställda förändras inte på en dag. Många konkreta beslut har fattats som ligger i linje med de mål man satte upp när man tillträdde. Ur både ägar- och patientperspektiv sker förnyelse i enlighet med genomtänkta strategier.

Däremot är tankarna kring politikernas ansvar som arbetsgivare – ledarskap och interna ekonomiska styrmedel – förvånansvärt torftigt behandlade i de dokument som finns tillgängliga. Därför granskar vi särskilt arbetsgivarperspektivet i kommande kapitel.

4. Vem tillåts vara chef?

Trots ökade kostnader har regionen inte lyckats möta patienternas krav, inte heller skapat bättre förutsättningar för medarbetarnas arbetsmiljö och engagemang.

Halvtidsrapporten (m, kd, c, fp)

Just därför att den offentligt drivna sjukvården är en så omfattande verksamhet krävs mycken tankemöda kring hur incitament skapas för att alla medarbetare skall känna det som meningsfullt att göra sitt bästa. Det gäller att skapa system som belönar medarbetarnas initiativ, idériakedom och nytänkande. Även om detta är ett generellt problem inom all offentlig verksamhet, är det ändå trist att konstatera att detta också är den svaga punkten i den borgerliga ledningens arbete i Skåne. Det tycks som om politiker till 100 procent räknar med att sjukvårdspersonal ser sitt arbete som ett kall. Personalen förväntas ställa upp på ständigt ändrade besked. De förväntas lyda order utifrån en människosyn som sedan länge har övergivits av näringslivet.

För att personal – i alla typer av verksamheter, också sjukvård – skall förstå och kunna känna respekt för arbetsgivarens mål krävs en kontinuerlig och öppen dialog. För att nå tillfredsställelse i arbetet krävs att medarbetarna kan tolka sin roll i ett större sammanhang. De behöver se vad de betyder för helheten, inte bara för sin avdelning eller klinik. Det är arbetsgivarens ansvar att förklara, motivera, involvera och engagera medarbetarna i utvecklingen av sjukvården. Även om medarbetarna tycker att arbetsgivaren har fel, måste de ändå vara införstådda med syftet. Då kan personalen acceptera och respektera det som händer och se konstruktivt på sin roll i utvecklingen.

Utifrån erfarenheterna vid bolagiseringen av S:t Görans sjukhus i Stockholm finns goda skäl att tro att arbetsgivaransvaret på de nu bolagiserade sjukhusen i Skåne kommer att förbättras. Inom ett bolag är rollerna tydliga. VD är högsta chef och den som bestämmer. All personal kan nå VD och få besked. Ett nej

med förklaring är bättre än inget svar alls – det som oftast drabbar de offentligt anställda. Sjukvårdsbolagen har också full delegation på allt som inte är stadgat i entreprenadavtalet. De har fria händer att utveckla vården, förändra rutiner samt, inte minst, använda lön och individuell kompetensutveckling som personalpolitiska instrument. Bolagsformen ger sjukhus en ram inom vilken de kan utveckla en gemensam företagskultur som skapar sammanhållning och trygghet för de anställda.

Här finns en av förklaringarna till att privat anställda är mindre rädda att uttala kritik på arbetsplatsen än offentligt anställda, trots att de senare skyddas av särskild lagstiftning. Vad spelar en lag för roll om offentligt anställd personal inte vet vem som är chef och varifrån repressalier för frispråkighet kan utfärdas? I ett företag gäller det att förhålla sig till VD, och har denne skapat förtroende hos personalen kan medarbetare utan rädsla framföra kritik, trots att de åtnjuter sämre skydd i lag. Det handlar om människor. Och deras uppfattning av situationen.

På de enheter som finns kvar i regionens egen regi saknar man den större rörelsefrihet som bolagen har. En förklaring till protesterna på universitetssjukhuset i Lund kan sökas i missnöje med sjukhusets minimala möjligheter att betala konkurrenskraftiga löner. Lönesättningen är så centralstyrd att nyanställda kan få ingångslöner som är högre än de som betalas ut till personal med 20 års erfarenhet, utan att sjukhuset kan kompensera. Varför, frågar mig en Lundaläkare, får inte vi som är kvar inom det offentliga samma rörelsefrihet som bolagen?

Den frågan tangerar problemet med att de offentligt anställda tycker sig sakna en chef de kan tala med och som har befogenhet att fatta beslut. I Lund känner personal förtroende för sin sjukhuschef. Men hans befogenheter är kringskurna. I utvecklingen av universitetssjukhuset ligger den beslutande makten bortom den horisont som sjukhusets personal kan överblicka. De verkliga beslutsfattarna är anonyma, osynliga och frånvaran-

de. Det skapar självklart grogrund för allt större missnöje.

Efter protestmötet i juni har regionledningen med Carl Soneson (m) i spetsen, startat dialogkonferenser med personalen. Detta lyfts fram i halvtidsrapporten: "En verklig dialog har påbörjats – en dialog som skall leda till delaktighet och bättre möjligheter för medarbetare att ta ett utökat ansvar i vården!" De i personalen jag har talat med är positiva till initiativet, men fortfarande avvaktande eftersom de har lång erfarenhet av att politiska löften inte alltid är något att lita på. Nu måste den politiska ledningen i handling bevisa att man menar allvar.

På annan plats i halvtidsrapporten ser det snarare ut som om den politiska ledningen lägger arbetsgivaransvaret i knät på regiondirektören: "Arbetet med förändring av den inre verksamheten kunde starta på allvar när den nye regiondirektören kom på plats strax före årsskiftet 1999/2000." Hans uppdrag är att "tillskapa en modern, småskalig och attraktiv arbetsorganisation ... minska hierarkierna och korta beslutsvägarna". Ingenting av detta har genomförts i egen regi, så vitt inte den borgerliga ledningen i halvtidsrapport och budgetdokument avstått från att nämna vad som skett i detta ärende. Däremot kan man av mediebevakningen och samtal med personal få intrycket att regiondirektören redan har uttalat sig på ett sätt som strider mot angiven inriktning och snarare stämmer överens med gammalmodigt och auktoritärt ledarskap. I så fall är det allvarligt, eftersom det i ledarskapsfrågor *bara* är det man *gör* som räknas, inte det man skriver eller säger sig ha som ambition.

När jag tar upp detta med regiondirektören Kenneth Holmstedt menar han att den begränsade delegation lokala chefer tycker sig ha är grundad på fördomar. Sjukhus och andra vårdenheter har långtgående delegation, men de utnyttjar den inte. Regionrådet Inge Garstedt (m), med särskilt ansvar för personalfrågor, är självkritisk: "Det är kanske så att cheferna i egen regi upplever att de inte har delegation i praktiken eftersom vi

politiker har en tendens att lägga oss i den dagliga driften och då undergräver delegationen.”

En insiktsfull reflektion som den politiska ledningen förmodligen behöver ägna mer intresse när man formulerar den nya politikerrollen.

Politikerrollen

I detta sammanhang framstår halvtidsrapportens första mål – en ny politikerroll – som bristfällig. Regionledningen har skilt på de politiska uppgifterna att vara medborgar-/patientföreträdare, och ansvaret för den egna produktionen. Medborgarföreträdet har lagts i fem distriktsnämnder med ansvar för var sitt geografiskt område i Skåne. De tillträdde 1 juli 1999. Genom avtal med sjukhus och vårdcentraler skall dessa nämnder beställa och finansiera vård åt medborgarna.

Vem som har ansvar för produktionen är mindre klart. Enligt halvtidsrapporten verkar det som om det ligger på regiondirektören. Dessutom finns två fasta beredningar inom regionstyrelsen, tillsatta i december 1998: produktionsberedningen och hälso- och sjukvårdsberedningen. Den förstnämnda skall, enligt regionens hemsida, ”svara för samordning av verksamhet i egen regi samt för hantering av löpande frågor i produktionsorganisationen”. Att de organ som har arbetsgivaransvaret inte lyfts fram i utvärderingen är en bekräftelse på att det ansvaret inte är föremål för särskilt omfattande diskussion i den politiska ledningen.

Produktionsberedningens ställning är också svag. Den består av sju ledamöter vilka arvoderas som fritidspolitiker. Det är märkligt med tanke på att de personifierar arbetsgivaren, eller åtminstone det högsta organ med fokus enbart på och ansvar för arbetsgivarrollen i regionens egen sjukvårdsproduktion. Förmodligen är det här som beslut i frågan om samverkan mellan universitetssjukhusen i Lund och Malmö har handlagts. Produk-

tionsberedningen är en instans som finns långt bortom sjukvårdspersonalens horisont. Och i dess uppdrag ingår knappast kontakt med verksamheten ut på fältet – för det är dess ställning alltför svag.

Även om intern arbetsledning normalt inte är en fråga som lyfts fram i extern kommunikation, är det förmodligen nödvändigt i offentlig sjukvård. Dels därför att det är ett politiskt ansvar så länge sjukvård produceras i egen regi – och politiker kan inte arbeta i det fördolda. Dels är sjukvården en så stor organisation att det är svårt att kommunicera till alla medarbetare utan att ta massmedia till hjälp. Dessutom söker massmedia ändå få besked, eftersom bristande arbetsledning är en bidragande orsak till vårdens kris och därmed ett ämne att granska.

På samma sätt som medborgarföreträdet har fått en organisation med distriktsnämnder behöver produktionen i egen regi en tydlig organisation där det framgår vem som har arbetsgivaransvaret och hur det delegeras. Sjukvården i offentlig regi behöver chefer som kan fatta snabba och väl förankrade beslut. Åtminstone så länge som sjukvård drivs i offentlig regi. Den dag all vård utförs i fristående bolag, stiftelser och föreningar kan politiker stryka detta ansvar från sin arbetsbeskrivning. Men först då.

5. Vart tog pengarna vägen?

Prestationsersättning medför att patienterna betraktas som en intäkt och inte som en kostnad.

Styrgruppen för ersättningssystem

Vid sidan av ett närvarande ledarskap är ekonomiska incitament den viktigaste faktorn för att skapa gott arbetsklimat och hög kvalitet. Också i konstruktionen av interna ersättningssystem finns mycket övrigt att önska inom offentlig sektor. Trots den snabba medicinska och tekniska utvecklingen organiseras sjukvård enligt föråldrade och otympliga principer som brukar benämnas planeekonomi. Fördelningen av resurser bygger mer på hur man delat ut anslag tidigare år än på aktuella förhållanden. Resultatet har blivit det den gamle socialministern och skåningen Gustav Möller en gång såg som en risk och varnade för: "varje skattekrona som används ineffektivt är som att stjäla från de fattiga."

Kraven på ständigt mer pengar och fler händer i vården måste sättas i detta perspektiv. Mer pengar till ett ineffektivt ersättningssystem löser ingen vårdkris. Mer pengar till en sådan organisation ger inte fler händer i vården. Bara ökad rundgång, fler utredningar, mer papper och nya regler. Det gäller att se till att de mycket stora resurser som redan satsas på vården, styrs till områden där de gör bäst nytta. Först när detta elementära krav är uppfyllt blir en diskussion värdefull om huruvida den samlade resurstilldelningen är tillräcklig. Frågan blir då om mer pengar behövs när de resurser som redan står till förfogande används optimalt i ett ersättningssystem som stimulerar nya och bättre lösningar. Men vägen dit är lång och svår.

Det är lätt att vara positiv till ett ersättningssystem som premierar och belönar dem som gör ett gott jobb, och på det sättet skapar ett klimat som sporrar medarbetare att utveckla verksamheten. Verkligheten är dock en annan. Dagens ersättningssystem inom sjukvården bestraffar dem som förnyar, utvecklar och ifrågasätter verksamheternas arbetsmetoder. I CVV-rappor-

ten *Maktspelet i vården* (1999) ges exempel på hur framgångsrika enheter utsätts för Jantelagens fördömande.

Region Skåne fördelar årligen drygt 17 miljarder kronor till sjukvård. Den borgerliga ledningen lovade redan vid tillträdet i oktober 1998 att "ett nytt ekonomiskt ersättnings- och uppföljningssystem skall införas ... och innebära att pengarna följer patienten. Vårdgivaren skall ... ersättas efter prestation." (Program för Region Skåne)

Regionstyrelsen tillsatte en styrgrupp som i september 2000 presenterade en kartläggning av nuläget och förslag till principer för ersättningssystem år 2001. I sin rapport problematiserar styrgruppen ersättningsfrågorna på ett ovanligt utförligt sätt. Man slår fast att "övergången från en traditionell förvaltningsmodell präglad av anslagsfinansiering och central resursplanering till en modell för djupgående decentralisering med marknadsliknande principer för resursfördelning innebär en genomgripande förändring på alla nivåer i organisationen".

Styrgruppen understryker att mer marknadsliknande system medför en ny syn på patienterna. I stället för att se dem som kostnader när de kliver in genom dörren blir de intäkter. Det är en avgörande skillnad och viktigt för att sätta patienten i centrum. Med prestationsersättning kopplas behandlingen av patienten direkt till vårdenhetens överlevnad. Patienterna genererar inkomster till löner och omkostnader. Det går inte att överskatta den psykologiska effekt ett så tydligt samband mellan patient och ökad intäkt faktiskt har – särskilt i ett system som länge har varit präglad av ett planekonomiskt tänkande där patienten är en kostnad, som därför hålls kort.

Men styrgruppen verkar misströsta över möjligheten att byta kurs på regionens sjukvård. Man fullföljer inte resonemangen om patientens ställning och hur ersättningssystemet kan kopplas till patienternas val. Man gör inte patienterna till fullvärdiga kunder, till vilka skatteresurserna knyts. Definitionen av vad en

kund är förvirrad på ett märkligt sätt i det konsultmaterial från SMG Consulting AB, som politikerna har haft som underlag. Patienten tillåts där aldrig bli en kund som, om hon är missnöjd, kan ta med sig resurserna till en annan vårdgivare. Patienten är bara en klient, eller som SMG skriver, en "medverkare". Sådana skall få fylla i enkäter om vad de tycker om vården, men inte ha makt att "rösta med fötterna", det vill säga ta med sig skattefinansieringen bort från den vårdinrättning som man är missnöjd med. Det är ju här marknadsekonomins stora sociala förtjänst ligger – den ger den enskilda konsumenten, den lilla människan, makten att välja bort dåliga producenter.

Det är lätt att dra på munnen när man i konsulternas OH-bilder läser att en "medverkare" är en patient som får ta ansvar för sin egen hälsa och ansvara för delar av sin långvariga behandling, men inte ha inflytande över vilken vårdgivare man blir behandlad av. Patienterna skall ha rätt att välja bland alternativa behandlingar. Men vad händer om denna rätt inte expedieras? Uppenbarligen skall patienten, enligt gammal tradition, underdånigt köa och vänta på att höga överheten finner skäl att uppfylla deras rättigheter.

Det är märkligt att så många har så svårt att se svenska medborgare som vuxna individer med förmåga nog att vara kunder, med rätt att flytta skatteresurser (en sjukvårdspeng) till den vårdgivare man litar på, medan man väljer bort den vårdproducent som inte sköter sig. Marknadsekonomi ger individen den mänskliga rättigheten att vara fri och inte beroende av en förmyndare. Där "tillhör" man inte ett sjukhus, där äger medborgaren makten över sina egna val. Ett mer effektivt kontrollsystem än att göra varje konsument till domare över produktionen finns inte. Systemet har genom historien visat sig vara ekonomiskt överlägset i förmågan att skapa välstånd och effektivt resursutnyttjande. Ändå stretar många emot. Också konsulter.

Här skall understrykas att Region Skånes politiker ser ut att

ägna större energi än de flesta andra åt frågan om förändrade principer för hur skattemedel tilldelas vårdapparaten. Det går inte att ta miste på att den borgerliga ledningen har en genuin ambition att förnya, förändra och förbättra skånsk sjukvård. Men man tycks vara överväldigad av problemen och svårigheterna.

Uttryck för att man tvekar märks exempelvis i regionstyrelsens direktiv till styrgruppen. Där anges en "grundsyn" för ett nytt ersättningssystem som täcker in så många krav att uppgiften att finna nya vägar riskerar att bli övermäktig. En ny ersättningsform skall "stödja och inte motverka vårdåtagandets kvalitativa innehåll", "återspegla vårdprocessens karaktär" och "skapa gemensamma incitament för beställare och producent". Här talas mycket om "samförstånd" och att "ersättningssystemet skall vara ett hjälpmedel till samarbete". Beställare och producenter har ett "gemensamt uppdrag". Allt detta låter kanske bra, men hör förmaningar av detta slag hemma i en diskussion om ersättningssystem?

Formuleringarna tyder på ett uppifrånperspektiv, som är logiskt i en planeekonomi men knappast knyter an till en diskussion där avsikten är att decentralisera. Om man tror på de enheter man vill decentralisera makten till, är det inte förmaningar som arbetet med att förnya ersättningssystemet bör fokusera på. Tonen är patriarkalisk, som om regionstyrelsen i sitt direktiv till styrgruppen egentligen inte alls tror på decentralisering, utan bara med nyspråk döljer fortsatta ambitioner på maktkoncentration och centralisering bakom marknadsliknande uttryck.

Styrgruppen talar om att skapa "tydlig och rationell ansvarsfördelning mellan beställare och utförare" men uttrycker samtidigt en uppgivenhet när man konstaterar att en sådan ansvarsfördelning kompliceras av nuvarande regler och rutiner. Men ett svårare problem än rådande rutiner är att gruppens direktiv är oförenligt med tydlig ansvarsfördelning. Det går inte att på samma gång tala om, å ena sidan, tydlig ansvarsfördelning och, å

den andra, gemensamt ansvar. Ju högre grad av gemensamt ansvarstagande, desto mindre utrymme för tydlig ansvarsfördelning. Antingen råder delegation till vårdenheter att under eget ansvar utveckla sin verksamhet, eller också råder ingen sådan delegation. Samförstånd och gemensamt ansvar betyder ingenting annat än att alla – och därmed ingen – har ansvar. Gemensamt ansvar är ofta en flyktväg från ansvar. När den verksamhet som utövas under gemensamt ansvar inte fungerar finns det ingen att ställa till svars. En än värre konsekvens är att om ingen har mandat att fatta beslut, är risken uppenbar att inga beslut fattas. Om någon aktör ändå, i sin vilja att rätta till en situation, tar initiativ riskerar denne snabbt att få smäll på fingrarna för överträdelse av befogenheter.

Talet om "gemensamt ansvar" är ofta en dimridå för att dölja oförmågan att fatta beslut. Det är ett tecken på att organisationen saknar ledare som kan fördela ansvar och befogenheter. När detta gemensamma ansvarstänkande dessutom smyger sig in i konstruktionen av ekonomiska ersättningssystem blir resultatet ett misslyckande. Alla enheter vill ha så stor del av intäkterna som möjligt, men samtidigt försöker alla skjuta över kostnaderna på någon annan – i det gemensamma ansvarets anda.

En förklaring till att styrgruppen i så hög grad talar om "gemensamma problemlösningar" är att regionen vet mycket lite om vad som egentligen händer med de 17 miljarder som årligen pumpas in i vården. Man har bara bruttobelopp att gå på. Fördelningen mellan olika behandlingar och insatser är höljt i dunkel. I jämförelse med ett börsnoterat företag är Region Skåne – liksom alla andra landsting – som ett ogenomträngligt skatbo. Kostnadskontroll med uppföljning av kvalitet och volym är primitiv, om den alls existerar. Det landstingsekonomiska landskapet är rena u-landet. Underutvecklat.

Styrgruppen konstaterar att den genomsnittskostnad per prestation som ett system med prestationsersättning förutsätter

inte har gått att räkna fram. "Principen att ansvaret för kostnadsavvikelser skall ligga hos producentsidan medan ansvaret för avvikelser från förväntad vårdkonsumtion skall ligga hos beställaren, kunde ej heller tillämpas fullt ut på grund av att instrument för att göra en sådan avvikelseanalys ej kunnat tas fram." Det leder till slutsatsen att man "för närvarande saknar instrument för att följa och utvärdera hur olika ersättningssystem slår". En hårdare dom över sjukvårdsorganisationens inkompetens att hantera ekonomin är svår att ge.

Styrgruppens ambition är att kompensera de sjukvårdens brister som beror på att man arbetar vid sidan av marknadsekonomin och därför saknar den kostnadskontroll som prisbildningen på en marknad automatiskt tillhandahåller. Man vill genomföra systematiska jämförelser mellan regionens producenter och med producenter utanför regionen. För att kunna decentralisera avser man att skapa "en välfungerande ekonomiadministrativ infrastruktur" för att uppnå genomskinlighet och underlätta kommunikation. Allt för att resurserna lättare och mer flexibelt skall finnas till förfogande där de gör mest nytta. Gruppen listar också en lång rad instrument som bör utvecklas för att bättre kunna analysera produktionskostnaderna.

Även om dessa uppgifter kan tyckas abstrakta och administrativa är de i högsta grad politiska. Ekonomistyrning är i grunden ett ideologiskt maktmedel. Och samtidigt avgörande för om vården skall kunna göra ett bra arbete. Ingen politiker som vill skapa bättre vård kan bortse från att dagens ekonomisystem är ett avgörande hinder för sjukvårdens utveckling och möjlighet att uppnå sina mål. Här är den borgerliga ledningen i Region Skåne värd respekt för att man tar sig an uppgiften med stort allvar.

Dock bör man påpeka att beslutsfattarna inte lyfter blicken tillräckligt högt. En diskussion om sjukvårdspeng saknas. En sådan diskussion skulle befria politiker från stora delar av det be-

ställningsarbete man i dag sysslar med, för att i stället överlåta det till medborgarna inom vissa givna ramar. Politikerna skulle då kunna koncentrera sig på övergripande frågor i stället för att förvalta på detaljnivå och ägna sig åt att ransonera människors efterfrågan av vård och omsorg. Det som alltid blir en nödvändighet i en planekonomi.

Men den diskussionen kommer säkert att uppstå efter hand, eftersom den är en logisk konsekvens av de värderingar den borgerliga koalitionen har givit uttryck för.

6. När goda ambitioner inte räcker

För att kunna handla rätt måste vi också ha dialog med er ... Vi kommer att fortsätta dialogen för att hamna rätt. Jag tror att mina kolleger här på podiet delar uppfattningen att vi kommer tillbaka.

Carl Sonesson (m) avslutar mötet med personalen i Lund

Vilken verklighet är sann? Den som personalen ger uttryck för och som präglas av frustration över allvarliga brister i hur sjukvården fungerar? Eller den som politikerna presenterar i olika dokument och som visar att Region Skåne gör framsteg?

Vårdens skilda världar bär alla på en del av sanningen. Personalen verkar i en organisation som har formats av efterkrigstidens övertro på storskalighet och planekonomi. Samtidigt är politikerna koncentrerade på de förändringar man sakta men säkert vidtar för att modernisera regionen. Problemet är att politikens kvarnar mal långsamt, att de till stora delar rör sig på ett abstrakt och strategiskt plan, medan personalen ser bristerna här och nu.

Den egentliga motsättningen mellan världarna beror på att politikerna som sjukvårdsorganisationens ytterst ansvariga har misslyckats med att skapa en förtroendefull dialog mellan ledning och medarbetare. Klyftan mellan strategi och verklighet har under många decennier vuxit. Och den nya borgerliga koalitionen har inte från början tagit sig an denna avgörande brist. Man har förmodligen underskattat betydelsen av en förtroendefull dialog med vårdprofessionen. Därför har de borgerliga inte fått uppskattning för de insatser som på många områden är mer framsynta än på andra håll i Sverige. Politikerna befinner sig så långt ifrån människorna i vården att de inte är en del av deras värld.

I dagens verklighet inom sjukvården räcker det helt enkelt inte med goda politiska ambitioner. Det räcker inte heller med vanlig politiskt handläggning och beslutsfattande. Ledningen måste ut och möta sjukvårdens medarbetare. Bli ledare som ak-

tivt verkar för öppen dialog i syfte att återuppbygga förtroende. Det budskap en sådan aktiv ledning skulle kunna förmedla ligger i stora stycken färdigt att tas upp. Av den här studien framgår att den borgerliga koalitionen har stakat ut en strategi, man har en handlingsplan för verksamheten.

De borgerliga har också lite trevande börjat tillämpa en ny arbetsmetod i form av dialogkonferenser med personalen. Efter det första mötet i Lund har en sådan konferens också genomförts i Ystad under hösten. Fortsättning skall följa. Det gäller att de politiskt ansvariga tar sitt fulla arbetsgivaransvar så länge sjukvård utförs i regionens egen regi. Då kan avståndet mellan de skilda världarna minska.

Sammanfattning

Under de två senaste åren har mycket hänt i Region Skåne. Främst ur patient- och ägarperspektiv. Vårdgarantin ger patienterna rätt att söka vård utanför regionen om den skånska sjukvården inte kan uppfylla sina löften. Den förstärkta sjukvårdsupplysningen är bevis på att patientperspektivet har stärkts inom regionen. Två sjukhus har blivit självständiga bolag. Nya upplägg prövas för att skapa tydligare ansvar för hela vårdkedjor, som kan ge ökad trygghet för patienterna och samtidigt vara mer kostnadseffektiva.

Ur arbetsgivarperspektiv återstår dock mycket att göra. Ledarskap från politikerna krävs för att skapa förtroende för förnyelsen. De interna ersättningssystemen måste i grunden förändras för att stimulera kreativitet och nytänkande.

De ekonomiska system som den borgerliga koalitionen har ärvt är så undermåliga att det är märkligt att regionens budgetunderskott inte är större än en miljard kronor per år. Fungerande uppföljning och utvärdering saknas. Så länge dessa verktyg inte finns blir det mycket svårt att komma i ekonomisk balans. Resurstillskott hjälper inte.

Det borgerliga styret i Region Skåne får ta mycket stryk för årtionden av försyndelser som har inneburit att sjukvård bedrivs i en otidsenlig organisation som inte förmår leva upp till dagens krav. Ändå genomförs en hel del förändringar som led i en genomtänkt strategi. Kritik kan framföras mot att förnyelsen inte sker tillräckligt snabbt och omfattande. Men i jämförelse med andra regioner och landsting i landet är Region Skåne mer framsynt och har kommit längre i den nödvändiga reformeringen av vårdens strukturer.