

Reflektioner rörande den mångfaldiga styrningen till Statens vård- och omsorgsutredning

Styrningens villkor inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning. Med det menas att konkret vårdverksamheter mottar en mängd styrsignaler från en flera olika källor. Den hierarkiska styrningen inom en organisation såsom ett landsting utgör bara en liten av all den styrning som berör en enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården. Till den traditionella hierarkiska styrningen kan läggas styrning från myndigheter såsom behandlingsriktlinjer utgivna av Socialstyrelsen, läkemedelsgodkännanden utfärdade av Läkemedelsverket, och subventionsbeslut tagna av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Vidare förekommer både tvingande regler och mjukare riktlinjer rörande vad olika professioner kan och bör ägna sig åt. Den ovan nämnda hierarkiska styrningen inom en organisation kan, till sist, i sig vara mångfacetterad och omfatta arbetets fördelning mellan olika enheter, avtal till en beställarenhet inom samma organisation, resultatkrav från en ägare (som vid landstingsdriven verksamhet juridiskt är densamma som beställaren) och lokala vårdprogram.

Syftet med detta underlag är att kort diskutera vilken roll statliga myndigheter kan ha *givet* ett perspektiv grundat i observationen att hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

Först utvecklas och exemplifieras kort den inledande diskussionen om den mångfaldiga styrningen som fenomen. Därefter ges två möjliga förklaringar som föreslår två grundläggande orsaker som båda bidrar till att sjukvården präglas av just denna mångfaldiga styrning. Avsnittet därefter ger ett förslag på några konsekvenser

som den mångfaldiga styrningen har för de som har att bedriva konkret verksamhet inom hälso- och sjukvården. Detta PM avslutas med en slutledning av vad detta innebär för vilka roller och självuppfattningar som statliga myndigheter bör inta givet den här genomförda analysen.

Den mångfaldiga styrningen exemplifierad

Vad som menas med den mångfaldiga styrningen kan förmodligen bäst beskrivas genom ett tänkt exempel, ävensom varje sådant exempel inte kan ge full rättvisa åt den komplexitet som avses med uttrycket. Betänk en enkel vardagssituation såsom den där en läkare på en vårdcentral står i begrepp att för första gången skriva ett recept på ett blodfettssänkande läkemedel för en av sina patienter. Vilka regler, riktlinjer och standarder är tillämpliga i en sådan situation? Vilken styrning kan med andra ord i någon mening ses som aktiva försök att påverka hur denna konkreta situation förlöper? Med lite inlevelse blir listan snabbt lång och varierad: Regler om behörighet att förskriva läkemedel, samsas med Socialstyrelsens riktlinjer, det aktuella landstingens läkemedelslista med rekommenderade läkemedel och primärvårdens resultatansvar, osv. Det är kort sagt många styrsignaler med olika avsändare och bredd som den vårdprofessionelle har att hantera även i en såpass enkel rutinsituation som denna.

Det händer, rätt ofta menar jag, att olika former av styrning pekar åt lika håll. Med det menar jag att den mångfaldiga styrningen ofta kan innehålla ett mått av *motstridighet*. I det ovan givna exemplet kan exempelvis ett läkemedelspris vara en viktig aspekt i diskussioner om en lokal läkemedelsbudget, medan priset vägs mot nyttoeffekter på ett annat sätt när nationella riktlinjer och subventionsbeslut formuleras. I en annan situation kan betydelsen av patientinflytande komma i motsats med skyldigheten att ge god vård.

Är motstridigheter mellan olika former av styrning något som kan, eller åtminstone borde, gallras bort? Rak och tydlig ledning och styrning framhålls ofta honnörsord på samma sätt som styrning med dubbla budskap ses som problematisk. Det är också lätt

att föreställa sig hur en snårskog av styrning lätt blir till förfång för den verksamhet som är utsatt för den. Särskilt om verksamheten drivs av en blind ambition att vara följsam till all styrning. Det är svårt att se en mångfaldig och motstridig styrning som en alltigenom ideal situation. Jag hävdar dock att dess motsats inte är ett möjligt eller ens fullt ut eftersträvansvärt ideal.

Jag vill föreslå två företeelser som bidrar till att göra styrningen mångfaldig och som dessutom kan orsaka motstridigheter mellan olika försök till styrning. Den första företeelsen har att göra med kunskapsbildningens natur, det vill säga hur kunskap bildas och sprids inom hälso- och sjukvården. Den andra har att göra med de många värden som hälso- och sjukvården helt legitimt har att beakta. Dessa två företeelser är vidare av sådan grundläggande natur att det är svårt att se hur det i praktiken skulle vara möjligt att eliminera deras bidrag till att styrning blir mångfaldig. De är med andra ord båda av en sådan karaktär att hälso- och sjukvårdens organisationer har att leva med snarare än något som går att organisera bort.

Kunskapsbildningens natur

Kunskap har en omvittnat central roll inom hälso- och sjukvården. Det syns inte minst i den betydelse som evidens och kunskapsstyrning ofta ges i diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska styras. Det är också sant att konkret verksamhet inom hälso- och sjukvårdsverksamhet på många sätt är kunskapsintensiv. Det finns emellertid några aspekter rörande kunskap och kunskapsbildning som ibland glöms bort i diskussioner om styrning med kunskap (för en mer extensiv, men tillgänglig version av diskussion hänvisas till: Fernler m.fl. 2008). Dessa aspekter kan sammanfattas i tre breda observationer: 1) kunskap är ofta föränderlig, 2) det är inte alltid lätt att veta om den är tillämplig i en enskild situation och 3) kunskap är inte alltid entydig.

Kunskapsläget förändras ständigt. Det gäller inte minst många av de fält som har betydelse för hälso- och sjukvården. Betydande resurser investeras i forskning som kan

ge resultat av betydelse för hälso- och sjukvårdens verksamhet. Ny kunskap kan komma i former av nya rön om biologiska mekanismer, nya belägg för värdet av en viss behandling i vissa situationer, eller, för all del, resultat som ger en grund för att ifrågasätta ett kunskapsläge som länge ansetts vara stabilt. Kort sagt: Vad som anses vara kunskap förändras med tiden. Ytterligare ett sätt att uttrycka detta är att evidensläget är föränderligt. En konsekvens av detta är att den kunskapsbas som är tillgänglig för utformning av olika former av styrning inte är helt igenom stabil.

Även välgrundad kunskap är inte alltid tillämpbar eller betydelsefull för en konkret situation. Ett väl känt villkor för vetenskaplig kunskapsproduktion är att den i regel sker genom etablerade former av metodiskt arbete. Inom medicinen är ett vedertaget metodologiskt grepp att försöka kontrollera stora delar av en försökssituation för att säkerställa orsaken till en avläst effekt. (Regler för vilka patienter som ska ingå i en prövning är ett exempel på en sådan ansträngning och randomisering är en annan metod som ska eliminera att oönskade faktorer påverkar den effekt som avses studeras.) En välbekant baksida av ett sådant tillvägagångssätt är att det kan vara svårt att säkerställa räckvidden för den resulterande kunskapen. Det kan med andra ord vara svårt att veta hur, och i vilken mån, ett givet resultat även är giltigt för situationer som inte i allt liknar försökssituationen. (Detta kallas ibland frågan om den externa validiteten för en studie.)

I vilken mån någon form av kunskap om exempelvis en intervention är tillämplig i andra situationer är ofta en central fråga. Detta är inte heller något som i sig löses av en aldrig så kontrollerad försökssituation (snarare tvärt om!). Det kan här också vara värt att påminna sig om att statistisk signifikans i en vetenskapligt upplagd studie inte är ett mått på vare sig att studiens resultat är betydelsefullt eller dess tillämpbarhet utanför försökssituationen. Frågorna om huruvida kunskap är betydelsefull och tillämpbar i en konkret situation är i stället viktiga bedömningsfrågor. Dessa har då inte bara att beakta huruvida kunskapsproduktionen är väl genomförd. En sådan bedömning har också att

beakta huruvida kunskapen är tillämplig och betydelsefull *för den aktuella situationen*.

Kunskap utvecklas i olika vetenskapliga fält med olika regler och normer för vad som ska anses vara god metod osv. Vetenskapshistorikern Thomas Kuhn tillägnade sig på 1960-talet begreppet paradig för att beskriva hur den vetenskapliga utvecklingen föreföll innehålla en avlösning av sinsemellan oförenliga vetenskapliga paradig (Kuhn 1962). Det som var vedertagen kunskap, metod, osv inom ett paradig saknade relevans i ett efterföljande dito. Paradigmbegreppet fokuserar på hur ett vetenskapsfält inkluderar ett kunskapssystem som ger stöd för ett specifikt sätt att se på och utforska verkligheten. Det har sedan Kuhn av många observerats hur forskningsfält alltmer specialiseras och till och med fragmenteras.

Det är idag inte vågat att påstå att dagens vetenskapssamfund samlar en mängd, sinsemellan oförenliga, paradig. Det går även att identifiera sådana motstridigheter mellan olika paradig *inom* medicinen. Kort sagt, vetenskapligt grundad kunskap från olika fält är inte sinsemellan fullständigt förenliga. (Skillnader mellan hur olika delar av psykologin och psykiatrin betraktar vissa sjukdomstillstånd utgör tydliga exempel på detta förhållande.) Det går att på en filosofisk nivå tvista om huruvida denna mångfald är principiellt nödvändig eller ej, men det skulle leda för långt att föra den här. För denna framställning räcker det med att konstatera att vetenskapssamfundet även i för sjukvården relevanta discipliner i praktiken är mång-paradigmatisk och lär så förbli.

Dessa tre grundläggande observationer om kunskap och kunskapsbildning har betydande konsekvenser för styrning inom hälso- och sjukvården. De innebär, för det första, att kunskap inte alltid kan utgöra en entydig och stabil grund för styrning. De innebär också att det inte är förvånande om en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet kan utsättas för flera, till och med motstridiga, försök till styrning som har det gemensamt att de grundas i vetenskaplig kunskap. Det innebär, till sist, att hälso- och sjukvårdsverksamhet ofta har goda skäl för att ställa sig frågan i vilken mån någon form kunskapsbaserad styrning grundas på kunskap som är tillämplig i det enskilda fall som

ligger för handen.

För att sammanfatta detta avsnitt: Det finns flera skäl till varför kunskap och kunskapsbildningens natur bidrar till att hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

En värld präglad av många, ibland svårförenliga, värden

Hälso- och sjukvården har att förhålla sig till flera, ibland svårförenliga, värden. Det föreskrivs exempelvis i lagstiftning att behovssolidaritet är ett viktigt värde, liksom att resurser ska användas där de kan ha hälso-effekter. Detta leder till situationer där sinsemellan oförenliga värden kan komma att stå emot varandra. Vi får olösliga så kallade mål-konflikter. Flera, var och en goda ting, går i sådana situationer inte att samtidigt fullt ut prioritera. För att ta ett drastiskt exempel: skulle samtliga resurser i sjukvården fördelas för att få maximal sammanlagd hälsoeffekt i samhället så skulle det stå i kraftig strid mot principerna om behovssolidaritet och alla människors lika värde. (Kostnadsnyttokalkyler, som i regel inte tar hänsyn till fördelningseffekter, "bär" vissa värden, men är blinda för andra.)

Behovet av att samtidigt värna flera sinsemellan svårförenliga värden är kännetecknande för många olika delar av hälso- och sjukvården. Detta känns med säkerhet igen av såväl en verksamhetschef på en sjukvårdsklinik som en tjänsteman på läkemedelsverket eller för all del någon som arbetar på ett läkemedelsbolag. Förmodligen är behovet av sådan värdebalkansering dock som mest accentuerad för de som är nära den konkreta hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är ofta i konkreta situationer kring enskilda fall som utmaningen att samtidigt värna flera svårförenliga värden ställs på sin yttersta spets. En situation som kan illustrera detta är den där förskrivning av antibiotika är aktuell och kan här förstås som en situation där värden såsom patientinflytande står emot värdet av att inte öka antibiotikaresistens.

Det förekommer ofta försök till styrning som har ambitionen att balansera flera svårförenliga värden. Detta är fullt naturligt och rimligt, men kan också leda till tanken att det skulle vara möjligt att styra vårdens vardag genom en balanserad incitamentsstruktur som fullt har tagit hänsyn och balansera alla de värdekonflikter som hälso- och sjukvården har att hantera. Sådana föreställningar lever dock förmodligen bäst i idévärldens tunnare luft eftersom ingen värdebalansering ”på distans” fullt ut kan bistå med en situationsanpassad balansering av de olika värden som hälso- och sjukvårdens praktik har att förhålla sig till.

Den mångfaldiga styrningen har således inte bara sin grund i att kunskapsläget inte alltid är stabilt eller förenlig. Den mångfaldiga styrningen har också en grund i att hälso- och sjukvården är en verksamhet som ofta behöver ta hänsyn till flera sinsemellan svårförenliga värden.

En omfattande och mångfaldig styrning förutsätter autonomi

Det är vid det här laget välbekant att generella principer ”översätts” och situationanpassas om de ska ha något genomslag i en konkret verksamhet (se Czarniawska och Sevón, 1996). När antalet försök till styrning ökar, ökar därmed kraven på översättning och balansering av dessa liksom frågorna om tillämpbarhet i det enskilda fallet. Det är därför knappast förvånande att det finns relativt ymnigt med vittnesmål om att det är krävande att verka och leda inom hälso- och sjukvården. Det finns också de som hävdar att den tilltagande tilliten till styrning med regler och ekonomiska incitament förbiser betydelsen av en praktiskt grundad klokskap som bland annat har att just hantera olika former av styrning (se Schwartz och Sharpe 2010).

Handling verkar dock i praktiken vara möjlig, även om det i princip kan framstå som att det är omöjligt att agera inom hälso- och sjukvården givet all den mångfald av styrning som verksamheten föremål för. Varje dag fattas beslut som i praktiken innebär en avvägning mellan en mängd, ibland motstridiga, styrsignaler och värden. Det pekar

på att förekomsten av en mångfaldig styrning förutsätter att självständiga och professionellt grundade bedömningar och avvägningar görs i hur styrningen ska uttolkas och tillämpas i enskilda situationer. När det inte finns någon entydig övergripande princip som kan trumfa alla andra, så måste den situationsanpassade professionella bedömningen utgöra den medlande mekanism som hanterar olika ibland oförenliga försök till styrning. Det gör också att vi kan förvänta oss att det inom hälso- och sjukvårdsverksamhet kan fattas många välgrundade beslut som inte desto mindre otvetydigt står i strid mot vissa försök till styrning.

Det finns de bedömare som hävdar att den ökade styrningen i sjukvården, och inte minst den tilltagande betydelsen av medicinska riktlinjer, leder till en avprofessionalisering av de medicinska professionerna. Andra menar att det inte är så enkelt (för en diskussion se, t.ex. Timmermans och Berg, s 114). Min hållning är här emellertid inte primärt deskriptiv utan preskriptiv: en ökad styrning leder till ett ökat behov av en stärkt lokal förmåga att hantera styrning. I detta ligger en stärkt förmåga hos medarbetare inom olika medicinska professioner i en verksamhet att omdömesgillt och tillsammans hantera olika former av styrning.

En konsekvens av ovanstående är den till synes motsägelsefulla observationen att en ökad mängd styrning förutsätter ett ökat behov av autonomi hos de verksamheter som ska styras. Detta behövs av just det skäl för att en ökad mängd styrning i regel leder till ett ökat behov av fler situationsanpassade avvägningar och bedömningar. När styrningen ökar och blir mer motstridig förutsätter den en ökad autonomi hos den verksamhet som ska styras.

Implikationer för de statliga myndigheternas roll

Vad innebär ovanstående för de olika statliga myndigheternas roller inom hälso- och sjukvården. Ett sätt att se på den mångfaldiga styrningen är att se den som just ett uttryck för att det finns flera sinsemellan svårförenliga värden som inte desto mindre

samtidigt måste beaktas. Styrning som utgår från myndigheter och andra aktörer, såsom exempelvis professionella organisationer, framstår med ett sådant synsätt som till en del bärare av delvis olika värden.

Om vi accepterar ovanstående framstår inte uppdelningen av ansvarsområden för olika myndigheterna enbart som något som kan förstås som grundad i en enkel arbetsdelning. Det är inte heller rimligt att i en framtida omorganisation tänka i termer av att all styrning skulle kunna samordnas i en enda myndighet eller fördelas enligt någon annan princip som skulle kunna göra den statliga styrningen på området helt igenom samordnad. Om vi accepterar ovanstående redovisade orsaker till den mångfaldiga styrningen så ligger det i sakens natur att det i praktiken blir svårt att på myndighetsnivå samordna all styrning till en enda entydig styrsignal.

Förekomsten av flera myndigheter som var och en är inbegripna i styrning av hälso- och sjukvården skapar inte bara samordningsproblem utan möjliggör också att flera olika värden samtidigt värnas och att flera olika kunskapsunderlag kan användas. Det som ibland kan framstå som en bristande samordning mellan olika myndigheter kan därför i stället ses som ett uttryck för att flera värden behöver värnas samtidigt som de inte är alltigenom förenliga. Detta resonemang leder inte till att all form av bristande samordning av den statliga styrningen ska ses som något av godo. Det betyder däremot att diskussioner om hur den statliga myndighetsstrukturen kan förenklas och samordnas bör ge akt på de fall där det finns goda skäl att bibehålla en flerfaldighet i styrningen.

Hur skulle är det då möjligt att särskilja när en mångfaldighet i den statliga styrningen har en legitim grund och när den primärt är till förfång för hälso- och sjukvårdens utveckling? En framkomlig väg skulle kunna vara att ställa en rad analytiska frågor rörande varje par av mångfald i den statliga styrningen:

1. I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de båda vilar på olika, men helt legitima, kunskapsunderlag som var och en har ett betydande värde för sjukvårdens praktik? Är det möjligt att på statlig nivå

förena dessa två former av styrningen utan att deras respektive betydelse för sjukvårdens praktik går förlorade?

2. I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de värnar olika legitima värden som hälso- och sjukvårdens praktik samtidigt måste värna? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att det allvarligt minskar sjukvårdspraktikens förmåga att göra situationsanpassade balanseringar mellan dessa värden?

Poängen med frågor av ovanstående typ är att de skulle kunna särskilja mellan den mångfald i styrningen som primärt är störande och den som utgör viktiga beståndsdelar och stöd för de situationsanpassade avvägningar och bedömningar som *måste* utföras i eller nära konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Uppdelningar i tillsynande och normerande funktioner för staten har visats ett ökat intresse under senare år. En poäng i denna uppsats är emellertid att det finns starka grunder för att olika normerande aktiviteter inte alltid kan vara samstämmiga: De kan vara bärare av olika värden och/eller grundade i delvis olika kunskapsunderlag. Det innebär att det inte är idealt (eller ens möjligt) att samla samtliga normerande aktiviteter i en entydig styrning. När det gäller tillsyn skulle det emellertid vara möjligt att tänka annorlunda. I den mån en tillsyn grundas i insikten att sjukvårdens praktik har att beakta och balansera flera olika former av styrning så skulle det vara möjligt med en tillsyn som har ett mycket bredare uppdrag än de som har att utforma normerande aktiviteter. En tillsyn grundad i praktikens situation skulle inte bara skarpsynt granska följsamhet till styrning utan också vidsynt granska hur väl situationsanpassade överväganden och balanseringar utförs. Om, å andra sidan, tillsyn organiseras som en granskning av följsamhet av enskild styrning så uppstår samma problem till samordning för tillsynen som den som föreligger för normering.

Jag menar således att det finns goda skäl till att inte eftersträva en fullständig samordning mellan statens myndigheter på området. Förutom de praktiska svårigheterna så representerar de mer än en funktionell arbetsdelning. Kunskapsbildningens natur liksom det faktum att hälso- och sjukvården präglas av många, ibland svårförenliga, värden gör att en fullständig samordning inte är önskvärd. Vad som är en lämplig struktur och ansvarsfördelning är en annan fråga som skulle förutsätta en långt djupare analys än vad som är möjlig här. En sådan analys bör dock beakta analytiska frågor av den karaktär som lyftes fram ovan. Till detta bör också kanske tilläggas att även myndigheter kan ses som enheter utsatta för, och har att hantera, en mångfald av styrning.

En sista implikation av ovanstående resonemang är att staten kan ha en central uppgift att stödja en verksamhetsutveckling inom sjukvården som stärker verksamheternas förmåga att självständigt hantera den mångfaldiga styrningen. En vidsynt tillsyn skulle här kunna vara en komponent. En annan form skulle vara ökade ansträngningar att utveckla och sprida kunskap om hur konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet skapar värden bland annat genom att just avväga och balansera inverkan från olika former av styrning. Behovet av sådan kunskap lär dessutom öka i kraft med de utmaningar som sjukvården står inför och där graden av motstridig styrning (och motstridiga värden) snarare kommer öka än minska under kommande decennier.

Referenser

- Czarniawska, Barbara, och Guje Sevón, red. 1996. *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Fernler, Karin, Ebba Sjögren, och Claes-Fredrik Helgesson. 2008. Utan tvivel är man inte klok: Kunskapsstyrningens problem. I *Detta borde vårddebatten handla om*, redigerad av C.-F. Helgesson och H. Winberg. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.

Kuhn, Thomas S. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Schwartz, Barry, och Kenneth Sharpe. 2010. *Practical wisdom: The right way to do the right thing*. New York: Riverhead Books.

Timmermans, Stefan, och Marc Berg. 2003. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.