

Fragmenteringen av sjukvården

Jan Öhrming
Södertörns Högskola
141 04 Huddinge
jan.ohrming@sh.se

Abstract

Vid NFF-konferensen i Uppsala 2001 presenterade jag ett paper som problematiserade den pågående förändringen av hälso- och sjukvårdens organisation och arbetsformer i Stockholms läns landsting. Särskilt intresse var riktat mot förändringarna i den akuta och högspecialiserade sjukvården. Framför allt ville jag bidra till en diskussion som formulerade framåtriktade forskningsfrågor. Syftet med detta paper är att redovisa hur jag för närvarande arbetar med ett par av de frågor som Uppsalamötet genererade och som ingår i en rapport om organisation, arbetsformer och ledningssystem i privata sjukvårdsföretag respektive offentliga sjukvårdsförvaltningar. Det totala datamaterialet är omfattande och baseras på intervjuer, enkäter och arkivmaterial insamlat under perioden 1994 till 2005 från sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting och två av länets akutsjukhus, Danderyds Sjukhus AB (kommunalt aktiebolag) och Södertälje sjukhus (offentlig förvaltningsenhet) samt från sjukvårdskoncernen Capio AB och dess dotterbolag Capio S:t Görans Sjukhus AB (privat aktiebolag).

Texten inleds med en bakgrund till utvecklingen i Stockholm och med några bakgrundsdata om Capio AB. Därefter redovisas teoretiska perspektiv, syfte och metod. Uppsatsen avslutas med ett par exempel på den typ av material och frågeställningar som jag för närvarande arbetar med. Det är två, av en serie, bilder av akutsjukhusets operativa organisation plus några kommentarer.

Fragmenteringen av sjukvården

Vilka dimensioner är relevanta för att beskriva förändringen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet under senare år? Den frågan har ställts av flera forskare. Några av dessa har också uppmärksammat svårigheterna med att enbart använda begrepp som bolagisering och privatisering för att förstå utvecklingen under 1990-talet (Rehnberg och Garpenby 1995, Gustafsson 2000, Blomqvist och Rothstein 2000, Scott, Ruef, Mendel & Caronna 2000). En grundläggande distinktion som dessa författare gör är att hålla isär olika systemfunktioner främst reglering, finansiering (betalning), beställning (styrning) och produktion (organisation och genomförande) av vård. Fyra uppgifter som i Sverige och över tid har varit sammanhållna inom ett offentligt vårdutbud men som nu anses möjliga att samordna via andra mekanismer, t ex genom entreprenadkontrakt mellan en offentlig beställare och offentliga eller privata aktiebolag (privatisering av vård genom upphandling). Bolagiseringens och privatiseringens betydelse för produktivitet, effektivitet och kvalitet i sjukvården är samtidigt oklar. En del forskare hävdar att det är konkurrensen mer än driftsform och vem som äger produktionsmedlen som faller avgörandet (Jonsson 1993).

Ännu större oklarhet råder om globaliseringens och EU-anslutningens betydelse för sjukvården. Frågor om sjukvårdens finansiering, reglering och organisation ska visserligen hanteras enligt den s.k. subsidiaritetsprincipen (anpassas till nationella förhållanden), men som medlem av EU måste Sverige anpassa sig till olika former av samarbete och integration. EU är i hög grad ett integrationsprojekt med en överstatlig organisationsbildning som ofrånkomligen får konsekvenser för svenskt politiskt beslutsfattande och självbestämmande (Johansson 2002). Det gäller även sjukvården, och oberoende av om vården hålls utanför den inre marknaden eller ej så fragmenteras och reintegreras de nationella vårdsystemen i Europa genom försöksverksamheter, handel (cross border care), standardisering, harmonisering av hälso- och sjukvården och en rad andra åtgärder. Nationellt, regionalt och lokalt t.ex inom de svenska akutsjukhusen pågår en upplösning av de traditionella organisationsgränserna.

Akutsjukhus och högspecialiserad vård utgör ett av samhällets mest sammansatta servicesystem och orsakerna till detta är många och svårhanterade. Utöver verksamhetens komplexa målsättningar kan även nämnas oklara samband mellan mål och medel och svårigheter att mäta resultat. Den typen av mikroforeteelser blev alltmer uppmärksammade under 1990-talet i skuggan av hälso- och sjukvårdens övergripande problem (totala kostnader,

finansiering, organisation) vilka i början av 1990-talet framkallade relativt likartade reformer inom de svenska landstingen; främst ekonomiska styrsystem, beställar- och utförarorganisationer, interna resultatenheter och ökad valfrihet för patienten (Gustavsson 1994, Svalander och Åhgren 1995, Dahlström och Rahmström 1995, Öhrming 1997). Dessa förändringar inom landstingen utgör i flera fall exempel på genuina nyheter i organiseringen av svensk hälso- och sjukvård som i en del fall har utvecklats vidare och i andra har avvecklats. Till de mest radikala åtgärderna hör bolagiseringar och privatiseringar av akutsjukhus som huvudsakligen har genomförts i Stockholm, Skåne och Värmland. Med privatisering av ett sjukhus menas att verksamheten läggs ut på entreprenad (outsourcing) och att sjukhuset drivs av privata aktörer.

Stockholm är det landsting som under längst tid och mest systematiskt har bolagiserat och även privatiserat sin hälso- och sjukvård. Mest känt är S:t Görans sjukhus som bolagiserades 1994 och privatiserades 1999 (Öhrming & Sverke 2001). Dessa reformer har av huvudmannen också ansetts vara så framgångsrika att det har följts av nya privatiseringar i Stockholm. Våren 2005 drivs t.ex. i stort sett all akut och högspecialiserad sjukvård i Stockholm av aktiebolag eller sjukhus med bolagsliknande styrformer (professionella styrelser). Denna utveckling har lett till reaktioner i rikspolitiken. Enligt en proposition (den s.k. stopplagen) som förelagts riksdagen våren 2005 ska de privata företagens expansion i sjukvården begränsas enligt följande. I princip får landsting i sluta avtal med andra vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Men överlämnar ett landsting ansvaret för sjukvård som ges vid ett sjukhus ska avtalet innehålla villkor om att verksamheten ska bedrivas utan att skapa vinst åt en ägare och drivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Man får således inte blanda offentligt och privat finansierade patienter. Vidare får ansvaret för driften av hälso- och sjukvård som ges vid regionsjukhus eller regionklinik (universitetssjukhus) inte överlämnas till någon annan (Socialdepartementet 2005). Som svar på detta har oppositionen lovat att införa en startlag som upphäver stopplagen, om de vinner valet 2006 (Dagens Nyheter 22/3 2005).

Bolagiseringen och privatiseringen av S:t Görans Sjukhus tillsammans med andra bolagiseringar och privatiseringar markerar en stegvis systemförändring i svensk hälso- och sjukvård. Genom försäljningen, specifikt av akutsjukhuset S:t Göran, privatiserades några av de mer komplexa delverksamheterna i den offentligt drivna vården (specialiserad ortopedi, kirurgi och medicin) och därigenom fick sjukvårdsföretaget Bure Hälso- och sjukvård AB

(sedermera Capio AB) tillgång till komplexa produktionsprocesser och kvalificerade kunskapsbärare i den offentliga hälso- och sjukvården. Denna överföring av kunskap, erfarenhet och inte minst legitimitet från den offentliga till den privata sektorn är fenomen som är minst lika intressanta som överföringen av erfarenhet i den andra riktningen, det som ibland kallas företagiseringen av sjukvården. För sjukvårdsföretaget innebar förvärvet av S:t Görans en stor framgång. Framför allt fick man tillgång till kunskaper och färdigheter inom en medicinskt långt mer avancerad sjukvård än man tidigare hade disponerat, och tillgång till nya och betydligt större marknader. Inom S:t Görans var uppfattningen om kunskapsutbytet också entydigt: ”Alltså, när Bure köpte oss hade dom inte en aning om hur man driver akutsjukhus och tar hand om akut sjuka patienter” (klinikchef i ledningsgruppen).

Vid tiden för köpet av S:t Görans sjukhus var Bures huvudmål värdetillväxt för sina aktieägare, inte maktpositioner i företag eller branscher och investmentföretaget gjorde klar skillnad på branscher utifrån de metoder som man använde för att skapa detta värde. Hälso- och sjukvården bedömdes vara väl lämpad för industriella strukturer, industriell drift och rörelsedrivande koncerner. Därför börsnoterade Bure sitt dotterföretag Bure Hälsa- och sjukvård AB i slutet av 2000. Det blev det första börsnoterade sjukvårdsföretaget i Norden. Samtidigt byttes företagets namn till Capio AB som blev moderbolag i den nya sjukvårdskoncernen. Vid bildandet av Capio AB ägdes företaget av ett stort antal aktieägare, huvudsakligen andra företag, med Sjätte AP-fonden som dominerande ägare med 17,4 % av aktiekapitalet (Capio AB, Noteringsprospekt, 2000-09-25). Redan från början betraktade företagsledningen Capio som ett exportföretag som för sin framgång måste växa internationellt. Företaget blev också snabbt Sveriges ledande privata vårdföretag inriktat mot hälso- och sjukvårdstjänster, diagnostik och äldrevård med uppdrag för ett stort antal kommuner och landsting och regioner i Sverige, Norge, Danmark, Storbritannien, Schweiz och Polen.

Ett par år senare (2001) blev Storbritannien Capios enskilt viktigaste delmarknad genom köpet av Community Hospitals Group med bl.a. 21 sjukhus (jämfört med svenska sjukhus små enheter). Ungefär samtidigt övertog Merrill Lynch (amerikanskt finansföretag) rollen som Capios största ägare med 10 % av aktiekapitalet (Capio 2002). Under 2002 gick Capio in på den franska marknaden genom köp av en privat sjukhusgrupp med 16 sjukhus och den finska marknaden genom köp ett radiologiföretag. Under 2003 köptes det största privata sjukhuset i Frankrike. Samma år avvecklades verksamheten i Polen mot bakgrund av

sammanbrottet för landets mångåriga försök att marknadsanpassa sin hälso- och sjukvård. Under 2004 tecknade Capiro flera stora avtal med National Health Service (NHS), framför allt ett femårigt vårdavtal värt 2 800 MSEK som huvudsakligen omfattar elektiv ortopedi och allmän kirurgi. Därmed förstärktes Capios internationalisering och Storbritannien sin roll som företagets viktigaste delmarknad. Årsskiftet 2004/2005 har Merrill Lynch försvunnit från listan med stora ägare och Orkla (norskt affärsföretag) stigit fram som största ägare med 7.8 % av aktiekapitalet. Under 2005 köpte Capiro Spaniens största sjukvårdsföretag med 12 sjukhus, varav ett universitetssjukhus, med en omsättning på drygt 2 700 MSEK (2004). Utvecklas dessa investeringar väl tror koncernledningen att omsättningen om fem år kan uppgå till 50 miljarder och då har företaget sannolikt gått in i Tyskland, i Holland och kanske även i Italien.

Teoretiska perspektiv och syfte

De frågor jag behandlar i min kommande rapport om strukturer och arbetsformer i hälso- och sjukvården har rönt stort intresse sedan slutet av 1980-talet. Då oftast under rubrikerna organisation och styrning. Se t.ex. le Grand & Bartlett 1993, Saltman & von Otter 1995, Östergren & Sahlin-Andersson 1998, Bentsen Zeuthen, Borum, Erlingsdóttir & Sahlin-Andersson 1999, Blomgren, Lindholm & Sahlin – Andersson 1999, Blomgren 1999, Hallin & Siverbo 2001, Blomgren & Sahlin – Andersson 2003, Anell 2004. En del forskare har beskrivit och diskuterat vårdens inre organisation och funktionssätt ur ett institutionellt perspektiv. Andra har ägnat sig åt den yttre organisationen och frågat sig hur en intern marknad (managed competition) eller en offentlig förvaltningsprocess ska kunna förse de lokala aktörerna med tydliga signaler om medborgarnas behov, huvudmannens direktiv och verksamhetens resultat. Relativt få forskare har varit intresserade av vårdarbetet i sig. Till undantagen hör bland andra Waks (2003), Levay (2003) och Vinge (2003).

Forskning om hälso- och sjukvårdens basala organisation möter således begränsat intresse jämfört med studier av vårdsystemets övergripande strukturer och jakten på nya modeller som ska lösa sjukvårdens problem. De som studerar vårdens organisation har också en tendens att försöka studera strukturer mer än processer, och själva organisationen i stället för organiserandet (Weick 1979). Organiserandet eller organiseringen kan definieras som en kedja av handlingar (en praktik) som utgår från en uppgift och syftar till som Czarniawska uttrycker saken, att rätt människor och resurser dyker upp på rätt plats, vid rätt tid, så att rätt sak blir utförd (Czarniawska 2000 från Latour 1998). Vi har också begränsad kunskap om hur

vårdarbetet och vårdens resultat har påverkats av de huvudsakligen kostnadsdrivna reformer vi sett under senare år, som ekonomiska styrsystem, uppdelning av landsting i beställare och utförare, bolagiseringar och privatiseringar av sjukhus.

Hälso- och sjukvård uppfattas i denna studie som ett nätverk av aktörer, handlingar och relationer. På statlig, landstings/regional och kommunal nivå är det främst politiker och centrala tjänstemän som dominerar de handlingskedjor som försöker skapa marknader och konkurrens inom tidigare sammanhållna offentliga förvaltningar. På operativ nivå organiserar vårdpersonal de handlingskedjor som krävs för att ta hand om patienterna. För detta fordras ofta en omfattande samordning av aktörer. Enligt beräkningar gjorda för patienter med en medelsvår hjärtsjukdom som måste opereras samordnas cirka 200 vårdgivare inom olika organisatoriska enheter (primärvård, specialistvård, rehabilitering) för en sådan vårdepisod och då räknas enbart personal som är i direkt kontakt med patienten (Åberg och Wallin 1992). Exemplet illustrerar handlingskedjan runt en enskild patient som tillsammans med andra handlingskedjor utgör den kontinuerliga verksamheten inom hälso- och sjukvården. Enligt detta synsätt är således handlingskedjorna primära källor till vårdens löpande organisering, inte dess organisatoriska enheter och funktioner.

Vad jag fokuserar i denna korta uppsats är akutsjukhuset som operativ enhet och de relationer till andra enheter som är kritiska för sjukhusets funktionssätt och överlevnad. Miljön betraktas från akutsjukhusets perspektiv. Fokus är riktat mot sjukhusets relationer (kopplingar) med andra enheter/organisationer (band till huvudman, kontrakt med leverantörer och entreprenörer, allianser med juridiskt fristående parter) och hur dessa relationer påverkar sjukhusets struktur och prestationer. Den här typen av vårdssystem eller vårdnätverk kan anta väldigt olika strukturer. Ett privat sjukhus i England kan omfatta ett par medicinska specialiteter och enstaka medicinska serviceenheter. Ett svenskt akutsjukhus inkluderar normalt många specialiteter och många serviceenheter. En del vårdssystem är uppbyggda runt ett sjukhus som central enhet, andra runt en förvaltning. De organisatoriska kopplingarna kan präglas av vertikal eller horisontell integration, eller av lösare kopplingar runt en patientgrupp eller till och med ett varumärke (Scott et al 2000, Krohn Solvang & Thorsvik 2004).

Mitt intresse för akutsjukhusets operativa organisation väcktes av diskussioner bland sjukhusledningarna och centrala tjänstemän i Stockholm i början av 1990-talet. Diskussioner som var klart inspirerade av storföretagens tal om kärnverksamheter, ”downsizing”,

”outsourcing” och horisontellt organiserad verksamhet. Där företag styr nätverk av andra företag och dirigerar någon form av helhet med hjälp av ny informations- och kommunikationsteknologi (Castells 1996). När S:t Görans sjukhus i Stockholm 1996 sålde klinikerna för klinisk kemi respektive patologi/cytologi till ett privat företag och något senare presenterade S:t Görans som ett nätverkssjukhus som skulle utlokalisera såväl medicinska som diagnostiska verksamheter, bedriva elektiv vård i samarbete med försäkringskassor, försäkringsbolag och andra landsting då väcktes på allvar min nyfikenhet för detta sätt att betrakta sjukhuset och sjukvården (Öhrming & Sverke 2001).

Hur utvecklas dessa operativa strukturer och innehållet i deras relationer?

Vilka är de strategiska motiven för denna utveckling?

Hur ser utbytet ut? Hur brett är utbytet, hur frekvent, hur kapitalintensivt?

Metod och design

Den centrala utgångspunkten för den rapport jag arbetar med är S:t Görans sjukhus, från 1994 till våren 2005. För att förstå och diskutera sjukhussystem och processer i sjukvården med utgångspunkt från S:t Görans har motsvarande data insamlats från Södertälje sjukhus (förvaltningsdriven enhet) under åren 1994 till 1999 och från Danderyds Sjukhus AB (kommunalt bolag) från 2000 t.o.m. 2005. Primär anledning till skiftet i referenspunkt är att Södertälje sjukhus länge har haft en oklara ställning som akutsjukhus i Stockholm (nedläggningshotat i flera utredningar) vilket lett till svårigheter att få personal att ställa upp för fortsatta datainsamlingar. Metodologiskt kan studien beskrivas som en antropologiskt inspirerad, longitudinell undersökning av sjukhussystem i Sverige. Före 1994 fanns inga skillnader i ägar- eller driftsformer mellan akutsjukhus i Sverige. 1994 till 1999 låg skillnaderna främst i sjukhusens driftsformer och fr.o.m. 2000 i såväl drifts- som ägarformer. De viktigaste principiella skillnaderna mellan ägarna Capio AB och Stockholms läns landsting ligger i deras uppdrag, finansiering, sätt att organisera och hur de värderas av sin omgivning.

Datainsamlingen som över tid har omfattat lite olika frågeställningar har huvudsakligen skett genom personliga intervjuer som varade 1,5 – 2,5 timmar. Insamlingen av data och analyser har genomförts löpande. Den första intervjuomgången inleddes 1994 och avslutades 1995 med totalt 116 respondenter. Den andra omgången inleddes 1996 och avslutades 1997 med i stort sett samma respondenter. Under 1999 genomfördes kompletterande intervjuer med ett urval av de ursprungliga intervjupersonerna samt med centrala tjänstemän i landstinget (

Öhrming & Sverke 2001). Den tredje intervjuomgången inleddes 2000 och avslutades 2001 med totalt 59 respondenter. Den fjärde inleddes 2003 och avslutades 2004 med i stort sett samma intervjupersoner. 2005 genomfördes ytterligare ett tiotal kompletterande intervjuer. Alla intervjuer har genomförts med bandspelare varav ca. 40% har skrivits ut. Urvalet av enskilda intervjupersoner har baserats på kriterier som ledande position i landstinget eller inom Capio AB, chefskap inom sjukhusen, fackligt förtroendemannaskap, professionstillhörighet och rekommendationer från andra om att vederbörande har kunskaper om aktuella frågeställningar.

Sjukhusets gränser

I Sverige ligger det övergripande ansvaret för att medborgarna får den hälso- och sjukvård de behöver på landsting eller regioner. Historiskt sett har denna uppgift omfattat ett totalansvar för a) vårdens funktionssätt och utvecklingen av vårdsystemet i sig, b) finansieringen och c) även själva vårdproduktionen. Det har inneburit ett sammanhållet system-, finansierings- och produktionsansvar. Även om det inom flera landsting/ regioner och på marginalen har förekommit och förekommer kompletterande finansieringskällor (patientavgifter, försäkringar (i tilltagande)) och andra producenter än landstingen (privata, kooperativa etc.). Senare års utveckling av hälso- och sjukvårdens struktur och arbetsformer handlar främst om förändringar i landstingets produktionsansvar genom att verksamheter har brutits ut ur landstingsorganisationen och erbjudits privata aktörer via entreprenadkontrakt. Vårdens organisation har därmed huvudsakligen förändrats vertikalt genom ett inflöde av nya aktörer (t ex aktieägare med olika motiv för sitt ägande) och genom bolagets konstruktion. Vårdens organisation har även förändrats horisontellt genom nya typer av sidokopplingar där akutsjukhuset som intermediär (mellanliggande) organisation bygger nätverk med komplementära verksamheter t ex med egna dotterbolag eller med andra privata vårdföretag eller med landstingsdrivna enheter.

Ett sätt att förstå akutsjukhusets funktionssätt är att studera dess operativa organisation och det interorganisatoriska nätverk som sjukhusledningen samordnar för att klara sina uppdrag. Den centrala utgångspunkten för Stockholms akutsjukhus är deras vårdavtal med Stockholms läns landsting, men även med andra köpare av vårdtjänster. För att klara sina uppdrag har sjukhusen ytterligare avtal med andra organisationer t.ex. leverantörer av tjänster som på kontrakt bidrar till den vård som sjukhuset har huvudavtal för. Samtidigt utför varje akutsjukhus vård åt andra vårdorganisationer som har egna vårdavtal/vårdöversenskommelser

med landstinget. Akutsjukhus och klinker är påfallande öppna system som utbyter idéer och tjänster med omvärlden. På varje nivå kan man se uttryck för sjukvårdens nätverkskaraktär. På individnivå är framför allt läkarnas koppling till de professionella nätverken tydlig. Inom S:t Görans, Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus osv. är i stort sett varenda specialist medlem av och verkar inom olika delar av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. En kirurg är t.ex. också medlem i Svensk Kirurgisk Förening som huvudsakligen ventilerar vetenskapliga problem och i Collegium Chirurgicum (klinikchefer) som mestadels hanterar fackliga frågor och andra intressen i förhållande till landstinget. Vidare medverkar många specialister i olika typer av forskningsprojekt och handlingsprogram. Klinikchefer i Stockholm är också vanligtvis relaterade till Spesak (specialsakkunniga) som ventilerar medicinska frågor inom respektive specialitet. De vida kontakterna mellan läkare i olika nätverk motsvaras av ett praktiskt samarbete rörande patienter i form av konsultationer, delade tjänster och annat utbyte av arbetsinsatser mellan enheter, t.ex. läkare från Radiumhemmet som arbetar på S:t Görans kirurgklinik. Exemplet är många, framför allt på hur läkare tjänstgör inom olika offentliga och även privata vårdenheter. Övrig vårdpersonal inom akutsjukhusen, främst sjuksköterskor, kan mer tillfälligt och som en del i ett samarbete tjänstgöra inom andra enheter, t.ex. i form av s.k. hospitering (rotationstjänstgöring) inom andra kliniker.

Utbytet av arbetsinsatser mellan akutsjukhusen i Stockholm är av gammalt datum. Idéen med att överlåta arbetsuppgifter och sjukhusfunktioner på privata aktörer är ett senare påfund. Det började i mitten av 1980-talet med utkontraktering (outsourcing) av allmänna servicetjänster som fastighetsskötsel, städning, transporter, receptioner, mathållning etc. På 1990-talet följde medicinska servicetjänster som delar av röntgen- och laboratorietjänster och direkt patientvård som medicinsk rehabilitering och sjukgymnastik och slutligen utkontrakterades även delar av specialistvården. För att förenkla analysen av akutsjukhusens operativa organisation och dess förändring är följande exempel på de kartläggningar jag har gjort av sjukhus i Stockholm avgränsat till patientansvariga verksamheter och medicinska serviceenheter. Här visas således inte det arbete som utförs inom sjukhusets allmänna serviceenheter.

Nedan redovisas S:t Görans operativa organisation för patientvård och medicinsk service hösten 2004 exkl. smärre verksamheter där personal tillhörig andra organisationer på entreprenad-, partnerskaps-, inhyrnings- eller konsultbasis medverkar i vård som S:t Görans

har vårdavtal för, eller personal anställd på S:t Görans som medverkar i vård utanför sjukhuset som andra har vårdavtal för. Under perioden 1994 - 2005 har olika drivkrafter (institutionella, tekniska, instrumentella etc) förändrat detta nätverk t. ex vad gäller medverkande aktörer, typer av relationer, utbytet av tjänster, personal, teknologi, information, patienter etc.

Externa leverantörer (inköpta tjänster)

Capio Diagnostik AB (prov- och patientbunden diagnostik)
 Karolinska Universitetssjukhuset (prov- och patientbunden diagnostik)
 Karolinska Universitetssjukhuset (specialistbedömningar)
 M&M Medical AB, m.fl (radiologi)
 Stockholmsgeriatriken (akutvårdssamarbete)
 Sophiahemmet AB, m.fl (skopier)
 medicinsk konsultation (privata specialister inhyrda i sjukhuset)

Interna leverantörer

Medicinkliniken
 Kirurgkliniken
 Ortopedkliniken
 Akutkliniken
 Anestesikliniken
 Fysiologiska kliniken
 Geriatriska kliniken (Löwenströmska)
 Smärtkliniken
Dotterbolag
 Artro Clinic AB (Artroskopi)

Samarbetsavtal

Bröstdiagnostiskt Centrum (diagnostik)
 Brommageriaktriken (geriatrik)
 Fysiologlab Stockholm AB (fysiologi)
 Försäkringskassor (utredningar)
 KS, DS, SöS (PCI)

Externa köpare (sålda tjänster)

Sörmland läns landsting (ortopedi)
 S.t Eriks Ögonsjukhus AB, m.fl. (anestesi)
 Försäkringskassor (utredningar)
 Stockholmspsykiatri (medicinska bedömningar)
 Privata specialister inhyrda i sjukhuset (anestesi- och operationstjänster, administration)
 Bland externa köpare finns även försäkringsbolag, arbetsgivare och sjukvårdsförvaltningar i andra länder som köper vård för privatpersoner.

Figur 1: S:t Görans operativa organisation för patientvård och medicinsk service hösten 2004.

Nedan visas en motsvarande figur över Danderyds operativa organisation för patientvård och medicinsk service hösten 2004.

Externa leverantörer (inköpta tjänster)

Karolinska Universitetssjukhuset (provbunden diagnostik)
 Karolinska Universitetssjukhuset (onkologi)
 Karolinska Universitetssjukhuset (infektion)
 Karolinska Universitetssjukhuset (neonatal, samvård)
 Karolinska Universitetssjukhuset (hematologi)
 Karolinska Universitetssjukhuset (öron, näsa, hals)
 Ultragyn AB (ultraljud)

För de flesta av Karolinska universitetssjukhusets verksamheter som också är stationerade på Danderyd finns motsvarande avtal åt andra hållet, dvs. att Danderyd utför tjänster åt Karolinska t.ex. anestasier och medicinska konsultationer.

Interna leverantörer

Akutmottagning
 Anestesi- intensivvård
 Medicin
 Kirurgi
 Kvinnosjukvård/Förlossningar
 Logopedi
 Ortopedi
 Patientbunden diagnostik, t.ex. röntgen
 Rehabiliteringsmedicin
 Hud
 Njurmedicin
Intressebolag
 Barnbördshuset Stockholm AB (Praktikertjänst AB)

Samarbetspartners

Landstinget/KI (fouu)
 Sophiahemmet AB (utbildning)
 Landstinget/ AMDSIS (primärvård)
 Praktikertjänst AB (hud)
 KS, S:t Görans (PCI)

Externa köpare (sålda tjänster)

Prima Liv AB, m.fl. (läkarkonsultation)
 Praktikertjänst AB (läkarkonsultation/anestesi)
 Folktandvården (anestesi)
 Sophiahemmet AB (intensivvård)
 Löwenströmska sjukhuset (hudmottagning)
 Norrtälje sjukhus AB (läkarkonsultation)
 Sophiahemmet AB (dialysbehandling)
 Uppsala Universitet (dietik)
 Stockholm BB (op-sal inkl. personal)
 S:t Görans Sjukhus AB (dermatologi)
 Karolinska Universitetssjukhuset (anestesi)
 City Akuten AB (radiologi)
 Bland externa köpare finns även försäkringsbolag, arbetsgivare och sjukvårdsförvaltningar i andra länder som köper vård för privatpersoner.

Figur 1: Danderyds sjukhus och dess operativa organisation för patientvård och medicinsk service hösten 2004.

Några konklusioner

Över tid förändras akutsjukhusets operativa organisation (det interorganisatoriska nätverket) i takt med institutionella förändringar, ägarnas strukturbeslut och sjukhusens egna vägval. Avtal mellan olika parter ingås och avslutas i en stadig om än inte hög takt. Strategiskt är akutsjukhus inriktade på vad de kallar sina kärnverksamheter, dvs. sina tunga specialiteter och därmed förknippad diagnostisk och serviceverksamhet. Och det ska mycket till om sjukhusledningen frivilligt ska lämna ifrån sig något av sina verksamhetsområden till en utomstående part. Eventuellt kan ledningarna tänka sig att lägga ut enstaka delar av den diagnostiska verksamheten på underleverantörer. Att Danderyds och S:t Görans operativa organisationer ser ut som de gör hösten 2004 är i mycket ett resultat av politiska processer och ideologiska hugskott från den tid då marknadsidéerna stod högt i kurs i Stockholm. Det var en period från mitten av 1990-talet fram till de första åren av 2000-talet då sjukhusen också kunde lägga anbud på många nya verksamheter. Dessa möjligheter är betydligt mer begränsade sedan 2002. Danderyd t.ex. hade i hösten 2003 enbart två uteliggande anbud, dels på klinisk fysiologi dels på logopedisk behandling med Stockholms läns landsting som anbudsmottagare.

Vad vi här ser inom Stockholms hälso- och sjukvård är ett par exempel på vad man kunnat iaktta inom andra sektorer och branscher under flera decennier, dvs. en upplösning av traditionella institutions- och branschgränser, en restrukturering av gamla organisationer och upprättandet av nya bransch- och organisationsgränser. Reorganiseringen av hälso- och sjukvården innebär dels att uppgifter som finansiering och framför allt produktion av vård utförs av nya aktörer dels att den gamla offentliga vårdorganisationen splittras upp t.ex. genom att funktioner flyttas ut från sjukhusen och utförs av företag med andra relationer till omvärlden. Vidare sker en viss ompaketering (rebundeling) av gamla tjänsterbjudanden t ex sjukvård i kombination med serviceerbjudanden, kunskapsöverföring eller försäkringserbjudanden.

De bakomliggande orsakerna till denna upplösning av hälso- och sjukvården som sammanhållen organisation finns på många håll, inte minst inom den offentliga ekonomin, politiken och teknologin. Svag ekonomi och nya politiska idéer förenades i mitten av 1980-talet till en mäktig förändringsvåg (new public management) som svepte genom många OECD- länders offentliga förvaltning (Hood 1995, Sahlin-Andersson 1998). I Sverige

turnerades en ny förvaltningspolitik av bl.a. Produktivitetsdelegationen, Lindbeckkommissionen och i Socialdemokraternas 90-talsprogram vilket ledde fram till avregleringar, bolagiseringar och privatiseringar inom hela den offentliga sektorn under 1990-talet. Den svenska sjukvården präglades under denna tid av motsvarande stämningar och liknande initiativ (Öhrming 1997, Brunsson och Sahlin-Andersson 1998).

Genombrott inom olika teknologier bl.a. biomedicin, medicinsk teknologi, informations- och kommunikationsteknologi medförde att flera restriktioner för var, när och av vem olika delar av vårdarbetet kan utföras reducerades eller helt försvann. Inom den akuta och högspecialiserade sjukvården kan vi t ex se hur vårduppgifter inom slutenvård förs över till primärvård och hemsjukvård, hur flöden av patienter och information förenklas och tidsmässigt förkortas, hur vårdarbete kan delas upp och utförs i nya konstellationer och på nya sätt. Samtidigt har patienter och deras anhöriga fått bättre möjligheter att ta fram senaste forskningsresultat om sjukdomar, behandlingsmetoder och läkemedel ur samma databaser som läkarna använder. Myndigheter, läkemedelsföretag och sjukhus riktar sig direkt till patienten via webbsidor och reklam och vårdpersonal (särskilt läkarna), förlorar allt mer av sin traditionella auktoritet och sitt standardiserade informationsövertag. Utvecklingen går mot en situation där vårdpersonal också blir konsulter och vägledare som patienter och anhöriga rådfrågar inför sina behandlingsbeslut. Det gäller inte minst de nya möjligheterna inom EU.

Den offentliga förvaltningen har över tid varit den helt dominerande modellen för att driva akutsjukhus i Sverige. Det sättet att driva sjukhus utvecklades bl.a. med syftet att möjliggöra politisk styrning (demokratisk ansvarighet) av sjukhusvården, att uppnå fördelningspolitiska mål (subventionerade eller gratis vårdtjänster) och för att ta hänsyn till olika delverksamheters särart (speciell relation till de som betjänas, komplexa målfunktioner etc). Det innebär en relativt enhetlig styrmodell med tydliga kommandolinjer och klara ansvarsförhållanden som präglade alla sjukhus fram till 1990-talet. Sjukvården och sjukhusen hölls samman av ett rutinerat ledningssystem med direktiv, utnämningar av nämnder, styrelser och chefer, verksamhetsplanering, budgetering och uppföljning i cykler. Och akutsjukhusen drev i stort sett all sin verksamhet i egen regi (insourcing). Med uppdelningen av aktörerna i Stockholms hälso- och sjukvård på beställare och utförare i början av 1990-talet, bolagiseringen och privatiseringen av akutsjukhus samt fragmenteringen av akutsjukhusens operativa organisation hanteras styrningen av sjukhusvården på nya sätt. Övergripande försöker huvudmannen hålla samman systemet med kontrakt mellan beställare och enskilda

akutsjukhus (med ansatser till prioriteringar och kvalitetskrav). Den operativa sjukhusorganisationen hålls samman av anställningsrelationer när det gäller de sjukhusinterna delarna. För de externa delarna gäller kontrakts- och avtalsrelationer. I övrigt hålls sjukhus precis som andra organisationer ihop av de relationer som formar tillit och åtaganden mellan människor. På senare år har allt fler uppmärksammat akutsjukhusets operativa organisation och att samverkan mellan olika organisationer är på väg att bli viktiga inslag i vården och att det i sin tur medför vissa problem. Det finns t.ex. uppenbara risker att styrningen av vården inte hänger med i denna utveckling, att ansvaret blir svårare att klargöra i de nätverksorganisationer som växer fram och att den ökade processorienteringen inte motsvaras av en effektiv styrning (Landstingsrevisorerna, Rapport 41/2004).

Inom akutsjukhuset förändras vården genom fragmenteringen av organisationen, färre vårdplatser, fler patienter med hög ålder och allvarligare sjukdomar som stannar allt kortare tid och ges mer intensiv behandling. Detta förändrade vårdmönster innebär förändringar i såväl sjukhusets som arbetets utformning. Mer utrustning (t.ex. inom radiologin), mer endoskopi, mer kirurgi, mer arbete i arbetslag organiserat utifrån diagnoser i högre grad än specialiteter. T.ex. lag runt cancerdiagnoser som samlar kirurger, onkologer, radioterapeuter, röntgentekniker, patologer/cytologer, smärtspecialister m.fl. Den förändrade arbetsorganisationen bemannas med fler tekniker och teknifieringen av vårdarbetet kräver både annorlunda och bättre utbildad personal samt en viss transformering av existerande arbete via vidareutbildning av personal. Vidare tillkommer fler administratörer och mer ledningsarbete (management) för att hantera och kontrollera penning, informations- och patientströmmar (Healy & Mc Kee 2002, Anell & Claesson 1995, Socialstyrelsen 2001, Söderström & Lundbäck 2002, Borum 2003 m.fl.). Vad denna utveckling betyder för sjukvårdens produktivitet, effektivitet och resultat återkommer jag till.

Referenser

- Anell A. *Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*, Lund, 2004.
- Anell, A. & Claesson, R. *Svenska sjukhus förr och nu. Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*. Stockholm: Landstingsförbundet 1995.
- Bentsen Zeuthen E. Borum, F. Erlingsdóttir G. & Sahlin-Andersson K. (red.). *Når styrningsambitioner møder praksis – den svaere omstilling af sygehus- og sundhedsvaesenet i Danmark og Sverige*. Köpenhamn 1999.
- Blomgren M & Sahlin – Andersson K, *Ledning på distans – att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvården*, Landstingsförbundet, Stockholm 2003.
- Blomgren M, *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med ny ekonomistyrning*, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet, 1999.

- Blomgren M. Lindholm C. & Sahlin – Andersson K. Att leda landsting – styrning, samordning och ansvar i nätverk, Landstingsförbundet, Stockholm 1999.
- Blomqvist P & Rothstein B. Välfärdsstatens nya ansikte, Stockholm, 2000.
- Borum F, Ledelse i sygehusvaesenet, Köpenhamn, 2003.
- Brunsson, N. & Sahlin-Andersson, K. Att skapa organisationer. Ahrne, G. (red.). Stater som organisationer. Stockholm 1998.
- Capio AB, Noteringsprospekt, 2000-09-25.
- Castells M, Informationsåldern. Ekonomi, samhälle och kultur. Band 1. Nätverkssamhällets framväxt, Göteborg, 1996.
- Czarniawska B, Att studera managementsom skapande och återskapande av handlingsnät, Nordiske Organisasjonsstudier, nr 2, 2000.
- Czarniawska, B. A narrative approach to organization studies. Thousands Oaks: 1998.
- Dahlström, A. & Ramström, D. Stockholmsmodellen – effekter, problem, vägval. Stockholm, Spri 1995.
- Gustafsson RÅ. Välfärdstjänstearbetet, Göteborg, 2000.
- Gustafsson, R.Å. Köp och sälj, var god och svälj – vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsorganisatoriskt perspektiv. Stockholm 1994.
- Hallin B & Siverbo S. Jakten på den goda styrningen – en kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Göteborg, 2001.
- Healy J & Mc Kee M, The role and function of hospitals, Buckingham, 2002.
- Hjertqvist J. Sjukvårdens kulturrevolution, Stockholm, 2000.
- Hood C. The New Public Management in the 1980s, variations on a theme. Accounting, Organizations and Society, 20, 93 – 109, 1995.
- Jacobsson, B. Ideér, praktik och förnyelse. Jacobsson, B. (red.). Organisationsexperiment i kommuner och landsting. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag 1994.
- Jacobsson, B. Reformen och organisatorisk identitet – sjukvård i förändring. Lund: Företagsekonomi, Lunds universitet 1993.
- Johansson K. M. Sverige och det europeiska integrationsprojektet, ur Johansson K. M. Sverige i EU, 2002.
- Jonsson, E. (1993). Konkurrens inom sjukvården: Vad säger forskningen? Stockholm.
- Krohn Solvang B. & Thorsvik J. Logikken ved partnerskapsvalg i offentlig og privat sektor, kommunal økonomi og politik, vol. 8, nr. 3, Göteborg, 2004.
- Landstingsrevisorerna, Granskning och styrning inom Danderyds sjukhus AB och Färdtjänstnämnden, Rapport 41/2004, Stockholms läns landsting, 2004.
- Le Grand J & Bartlett W, Quasi- markets and social policy, London, 1993.
- Levay C. Medicinsk specialisering och läkares ledarskap- en longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens, Uppsala Universitet, Uppsala, 2003.
- Rehnberg C & Garpenby P. Privata aktörer i svensk sjukvård, Stockholm, 1995.
- Sahlin-Andersson, K. Group Identities as the Building Blocks of Organizations: A story about nurses' daily work. Scandinavian Journal of Management Vol. 10, no 24: 1994.
- Sahlin-Andersson, K. Mötesplatser som standardiserare, Brunsson, N. & Jacobsson B (red.). Standardisering. Stockholm 1998.
- Sahlin-Andersson, K. Varför låter sig organisationer omvandlas? Jacobsson, B. (red.). Organisationsexperiment i kommuner och landsting. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag 1994.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (eds) Implementing planned markets in health care – balancing social and economic responsibility, Buckingham 1995.
- Scott WR, Ruef M, Mendel PJ & Coronna CA, Institutional Change and Health Care Organizations, Chicago, 2000.

- Scott, W.R. & Backman, E.V. "Institutional theory and the medical care sector": Mick, S.S. and associates (eds): Innovations in health care delivery. San Francisco 1990.
- Socialdepartementet, Proposition2004/05:145, Driftsformer för offentlig finansierade sjukhus, Stockholm, 2005.
- Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsrapport 2001, Stockholm, 2001.
- Svalander, P.A. & Åhgren, B. Utvecklingsdynamik och styrmodeller. Stockholm: Landstingsförbundet 1995.
- Söderström L & Lundbäck M, Stor och liten – om vårdeffektiva sjukhus, reforminstitutet, 2002.
- Waks C. Arbetsorganisering och professionella gränsdragningar – sjukgymnasters samarbete och arbetets mångfald, Uppsala Universitet, Uppsala, 2003.
- Weick, K. (1979). The social psychology of organizing. Reading: McGraw-Hill.
- Vinge S. Organisering og reorganisering af medicisk arbejd på sygehuse, Handelshögskolan i Köpenhamn, 2003.
- Åberg, T. & Wallin, G. Lägre kostnad Bättre sjukvård. Arlöv 1992.
- Öhrming, J & Sverke M. Bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus – en proaktiv organisering, Lund, 2001.
- Öhrming, J. Återbesök på Centrallasarettet – vad gick modellerna i hälso- och sjukvården egentligen ut på? Stockholm 1997.
- Östergren, K. & Sahlin-Andersson, K. Att hantera skilda världar, Landstingsförbundet, Stockholm 1998.