

Delrapport 3:

Finns Ithaka?

-

Incitament för att nå hälso- och sjukvårdens
mål om kvalitet och kvantitet

Delrapport 3 i revisorernas granskning av uppnådd kvalitet, kvantitet
och samhällsnytta. 2006-02-09

Ulf-Johan Olson

Ernst & Young AB

Sammanfattning

Denna delrapport är den sista av tre som granskar Regionens styrning av kvalitet och kvantitet. Inriktningen här är hur incitament och rörlig patientsättning används i hälso- och sjukvårdsstyrningen.

I rapporten görs en noggrann analys av begreppet incitament och hur det kan användas i styrningen både för att stimulera individer och organisatoriska enheter att bete sig i enlighet med givna mål. Incitament betyder drivkraft och uppgiften är att förstärka de mål och uppdrag som fastställs i organisationens styrprocess. Den delvis rörliga patientsättningen som infördes 2006 är en drivkraft för förvaltningsledningarna att fullgöra volymuppdraget. Denna styrvariant kan sägas vara ”anslag med prestationskrav”, eftersom taket är givet och motsvarar det tidigare anslaget. Den nya incitamentsersättningen för att stimulera kvalitet genom teamarbete i strokevården är ännu mer symbolisk än reell.

Ett grundläggande krav på incitament är att de är förenliga med såväl organisationens grundläggande syften som medarbetarnas behov och karaktär. Det innebär å ena sidan beteenden som stimulerar produktivitet och kvalitet samtidigt och med bibehållen kostnadskontroll. Å andra sidan måste incitament ta hänsyn till, och dra nytta av, rådande organisationskultur och olikheten i behov och motiv hos medarbetarna. På organisationsnivå fungerar den rörliga patientsättningen som incitament för att uppnå överenskomna volymer. De incitament som riktar sig till enskilda medarbetare är ofta av annan natur och i stor utsträckning underförstådda. Det gäller t ex delaktighet, återkoppling, erkännande, befordran, individuell lönesättning och kompetensutveckling. Rapporten pekar på möjligheter att utveckla dialogen i utvecklingssamtalen för i större grad kunna adressera det som stimulerar och driver enskilda medarbetare i arbetet.

De förändringar i Region Skånes styrmodell som infördes från 2006 uppfattas i huvudsak positivt av förvaltningsföreträdare. Riskerna ligger framför allt i den samlade styrmodellen och kring ansvarsfrågor. Det är olyckligt att frågor om kvittningsrätt mellan logikuppdragen, redovisning och revisionsansvaret för de regionövergripande uppdragen fortfarande är oklara en bit in i 2006. Flera ser också en stor risk i den sena beredningsprocessen, särskilt eftersom de nya DRG-priserna kommer att innebära besparingar för sjukhusen. En annan omständighet är att den regiongemensamma vården kräver samlade systematiska genomgångar mellan hälso- och sjukvårdsledningen och varje förvaltning, där väsentliga prioriteringar diskuteras och överenskomms.

Sammanfattningsvis innebär den nya styrmodellen förutsättningar för ett fortsatt starkt grepp om kostnadskontrollen och ett bättre grepp om den totala produktionen. Uppenbart är också att styrmodellen och det nya ersättningssystemet ställer andra och större krav på hälso- och sjukvårdsledningens arbetssätt och organisation.

Det ekonomiska styrsystemet är särskilt kraftfullt när det gäller att stimulera olika beteenden i organisationen. Nya styrsignaler behöver därför vara väl övertänkta och präglas av försiktighetsprincipen. En jämförelse görs med Odysseus farofyllda resor och det konstateras att resan mot en bättre styrning av hälso- och sjukvården har tagit betydligt längre tid och också varit kantad av faror. Balansen mellan anslag och prestationsersättning är inte för alltid given, eftersom konjunkturcykler, teknikskiften, generationsskiften och många andra förändringar innebär att styrförutsättningarna ständigt växlar. Resan är målet och ekonomistyrningens Ithaka tycks inte finnas, utan kräver en ständig optimering utifrån skiftande förutsättningar inom och utanför hälso- och sjukvården.

Den fasta och rörliga patientersättningen ger en tydligare styrning på volymer. Det ger också bättre förutsättningar för jämförelser och en mer korrekt prissättning gentemot privata entreprenörer. Förändringen innebär också att drivkrafter skapas för att precisera innehållet i och särredovisningen av förvaltningarnas strukturåtaganden. I rapporten kritiseras det som kallas ”budgetering på logiker”. Vårdlogik är ett analytiskt begrepp och beskriver varken en organisation eller en vårdnivå. Sjukhusen har inte olika enheter för de olika vårdlogikerna och när logikuppdragen tas emot av förvaltningsledningarna smälts de ihop till enhetliga uppdrag i den interna styrningen. Bakgrunden till ”logikbudgeteringen” är hälso- och sjukvårdsledningen legitima behov av att få till stånd en rimlig uppskattning av vilka resurser som förbrukas och ska fördelas till de olika vårdsfärderna. Risken är dock att begreppet vårdlogik, Region Skånes analytiska utgångspunkt i utvecklingen av Skånsk livskraft - vård och hälsa, diskrediteras.

Hälso- och sjukvårdsledningen behöver bidra till att reda ut vad som händer när begreppet vårdlogik möter förvaltningsorganisation och vårdprocess samt motivera vilka ytterligare värden som budgetering och uppföljning på logiknivå tillför.

Styrmodeller är visserligen styrande, men de leder inte utvecklingen. Politiskt ledarskap och ledarskap i linjen och drivande specialister är mer betydelsefulla i detta avseende. Förändringar kommer till stånd mer på grund av ansvarigas engagemang och ledningsaktiviteter och mindre på grund av finurligt konstruerade styrmodeller. Detta är helt i sin ordning, eftersom styrmodellen ska vara ett medel att uppnå fullmäktiges mål och gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. Denna status hos styrmodellen är ytterligare ett argument för att göra den till en mer stabil plattform med utrymme för att förändra styrsignaler och skruva i ersättningsnivåer.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1

Innehållsförteckning 2

Incitament för att nå hälso- och sjukvårdens mål om kvalitet och kvantitet 3

Uppdragets genomförande 3

Vad är incitament? 4

 Incitament i styrning av organisatoriska enheter och medarbetare 5

 Styrmiljö och kultur 7

Incitament i regionens ersättningssystem för hälso- och sjukvården 9

 Kommentarer 11

Utvecklingen av Region Skånes styrmodell 13

 Finns Ithaka? 14

Incitament för att nå hälso- och sjukvårdens mål om kvalitet och kvantitet

Granskningen är genomförd inom ramen för det större revisionsprojektet ”granskning av uppnådd kvalitet, kvantitet och samhällsnytta”.

Revisorerna har i sin väsentlighets- och riskanalys inför 2005 identifierat följande riskområden

- Otydligt formulerade mål avseende kvalitet, kvantitet och samhällsmål
- Svag koppling mellan ekonomisk ersättning och kvalitetsmål respektive kvantitetsmål
- Svag uppföljning av kvalitetsmål, kvantitetsmål och samhällsmål
- Svaga incitament för personalen att nå verksamhetsmål

Otydliga mål tillsammans med brister i styrprocessen har föranlett frågor från revisorerna kring styrningens effektivitet. En grundläggande frågeställning är i vilken grad organisationen har klarlagt vad som är förväntad samhällsnytta på övergripande nivå och verksamhetsnivå. Nära kopplat till detta är hur Regionens styrning bidrar till att dessa värden blir startpunkten i styrkedjan för vad som ska åstadkommas för de gemensamt satsade resurserna.

Hela granskningsuppdraget omfattar tre olika delar – målformuleringsprocessen, uppföljning av kvalitet och kvantitet samt incitament för att nå verksamhetsmålen. Inom ramen för detta har tre delprojekt genomförts:

- Granskning av kollektivtrafikens målformuleringsprocess och uppföljning av kvalitet och kvantitet
- Granskning av hälso- och sjukvårdens arbete med att förbättra målformuleringsprocess och uppföljning av kvalitet och kvantitet
- Granskning av verksamheternas/ledningarnas och personalens incitament för att nå verksamhetsmålen

Revisionsprojektet som helhet har sålunda siktat på kärnan i Region Skånes uppgift och styrning – hur definieras samhällsnytta och hur översätts denna till uppföljningsbara mål och uppdrag i organisationen. I denna avslutande del granskas styrprocessens incitament för att nå uppställda mål och genomföra givna uppdrag.

Avgränsning

Redan i delrapport 1 kring kollektivtrafiken beskrevs hur incitament användes i styrningen av verksamheten. Förutom ett kort summering av kollektivtrafikens incitamentsstruktur kommer denna delrapport utslutande att uppmärksamma situationen inom hälso- och sjukvården.

Uppdragets genomförande

I denna granskning kompletteras tidigare delrapporters iakttagelser kring kvantitet och kvalitet, med Regionens användning av incitament i styrningen. Regionens budget för 2006 granskas och de förändringar som där finns kring rörlig och fast patientsättning respektive incitamentsersättning för kvalitet. I första hand har en analytisk granskning skett. Ett fåtal

personer har intervjuats inom hälso- och sjukvårdsledningen samt bland sjukhus- och ekonomichefer. Tidigare revisionsrapport¹ från 2004 om incitament har också använts.

Stor tonvikt har lagts vid begreppsapparat och att beskriva de dilemman som uppstår då stimulanser används i den komplexa sjukvårdsverksamheten och dess ändliga finansiering. Kollektivtrafikens arbete med incitament för att stimulera volymer och kvalitet är mer utvecklade och har beskrivits i delrapport 1².

Vad är incitament?

Diskussionen om incitament blir inte sällan förvirrad, eftersom begreppet laddas med olika betydelser. *Incitament betyder drivkraft*. Enligt Nationalencyklopedins ordbok är det fråga om ett substantiv med innebörden ”en omständighet som stimulerar till viss verksamhet”. Begreppet incitament har liknande svagheter som substantiveringar i allmänhet, d v s då en aktiv process förtingligas och betydelsen inskränks till resultatet av processen.

Fungerande incitament förutsätter tydliga mål och uppdrag. De förutsätter också att chefer och medarbetarna har en behovs- eller motivstruktur, som innebär att de faktiskt känner sig och blir sporrade. Om en medarbetare har en stark önskan att bli sedd, fungerar erkännande och beröm som incitament för denne. Det finns således inga givna incitament, eftersom medarbetares preferenser skiftar, även över tid. Utan tillräcklig kunskap om målstruktur, organisationskultur samt medarbetares behov och önsknings, kan inga ändamålsenliga incitament formos.

Användningen av incitament kompletterar styrsystemet. Mål och uppdrag ska klargöra vad organisationen ska uppnå. *Incitamentens uppgift är att fungera som förstärkare för dessa. För att vara effektiva måste incitamenten anpassas både till vad som ska uppnås och till dem som ska uppnå det.*

Incitament kan byggas in i uppdraget till organisatoriska enheter. Det kan också riktas direkt till medarbetare. Ett renodlat anslagssystem, som i första hand är konstruerat för organisationsnivån, uppmuntrar till kostnadskontroll snarare än produktivitet. Riktade ersättningar för t ex planerade operationer kan fungera som incitament för att stimulera antalet genomförda operationer. Genomtänkta och transparenta incitament för att direkt sporra individer är mer sällsynta. Allmänt förekommande är dock delaktighet, återkoppling, erkännande, befordran, individuell lönesättning och kompetensutveckling.

Incitament kan vara både positiva och negativa, d v s innehålla antingen morot eller piska eller både och. Utsikten om en fördel eller belöning antas ofta vara en positiv drivkraft. Det är dock långt ifrån självklart vad som driver enskilda medarbetare att anstränga sig mer i en sådan situation. Är det belöningens egen attraktionskraft eller är det är oron för att belöningen ska utebli? I rapporten fördjupas resonemanget kring de långtgående skillnader som finns i medarbetares drivkrafter och betydelsen av den existerande organisationskulturen.

¹ Granskning av incitament för en god verksamhetsutveckling samt dialog mellan förtroendevalda och den medicinska professionen. Deloitte 2004-01-23.

² Kollektivtrafikens mål och uppföljning av kvalitet och kvantitet, 2005-09-15. Ulf-Johan Olson, Ernst & Young.

Incitament i styrning av organisatoriska enheter och medarbetare

Incitament sammanblandas ofta med belöningar. En belöning fungerar dock bara som incitament om den verkligen stimulerar medarbetarna att arbeta mer målmedvetet för att uppnå givna mål och planer. Svårigheten att utforma incitament ligger dels i oklarheter kring organisationens mål och prioriteringar, dels i att det som sporrar skiljer sig åt mellan olika medarbetare.

Styr- och ledningsstrukturen är grundläggande för hur incitamenten ska byggas och fungerar:

- Mål och budget
- Uppdrag till förvaltningarna
- Uppdrag till enheterna
- Uppdrag/uppgifter/ansvarsområden till chefer och varje medarbetare
- Uppföljning

En obruten styrkedja innebär att övergripande uppdrag bryts ner på minsta organisatoriska enhet och till sist på varje medarbetare. Det senare innebär att medarbetarens arbetsuppgifter, roll och ansvar samt förväntningar på prestationer klargörs i dialog med närmaste chef. De incitament som finns i denna process är ofta underförstådda, men lika ofta uttalade under utvecklings- och/eller lönesamtal. Det gäller t ex delaktighet, återkoppling, erkännande, befordran, individuell lönesättning och kompetensutveckling.

Ett grundläggande krav på incitament är att de är förenliga med såväl organisationens grundläggande syften som medarbetarnas behov och karaktär. Det innebär å ena sidan beteenden som stimulerar produktivitet och kvalitet samtidigt och med bibehållen kostnadskontroll. Å andra sidan måste incitament ta hänsyn till, och dra nytta av, rådande organisationskultur och olikheten i behov och motiv hos medarbetarna.

Incitament som förväntas påverka organisatoriska enheters beteende

De incitament som förväntas påverka organisatoriska enheter återfinns i uppdrags- och budgethandlingar. Genom den rörliga delen av patientsättningen i Regionens budget för 2006 ges t ex incitament för förvaltningarna att nå sina volymmål. Hur stark denna drivkraft är kan diskuteras. UsiL menar t ex att en stark ledning och delaktiga medarbetare, tillsammans med tillgången till avancerad vidareutbildning och tillgång till forskningsresurser, är långt starkare som drivkraft i en akademiskt präglad utvecklingskultur. Det ligger mycket i detta, men samtidigt torde den rörliga ersättningen utgöra ett av förvaltningsledningens incitament för att skapa just dessa förutsättningar.

Ett styrsystem skapar alltid olika drivkrafter. Budget och ekonomiska spelregler synas noggrant av mottagarna. Ett klassiskt exempel är att möjligheten att ta med sig överskott till nästa år motverkar den skulhandeln, medan motsatsen stimulerar den.

Det ekonomiska styrsystemet är särskilt kraftfullt när det gäller att stimulera olika beteenden i organisationen. Nya styrsignaler behöver därför vara väl övertänkta och präglas av försiktighetsprincipen. Erfarenheten visar att ersättning per insats, utan tak, riskerar att leda till en kostsam överproduktion. Detta påkallar i sin tur åtstramningar i systemet, där förändrade ersättningsprinciper sannolikt också innebär personalnedskärningar. En sådan instabilitet är inte önskvärd.

Den ekonomiska styrningen behöver kompletteras med andra styrsignaler för att vara effektiv. Det är t ex mycket lättare att, via ekonomisk ersättning, påverka volymer än tjänsternas kvalitet. Ett ersättningssystem som gör det lukrativt att ta emot fler patienter, behöver kompletteras med styrsignaler för vilka patienter och på vilka indikationer efterfrågade insatser ska utföras. Systemet kan också utformas så att höga komplikationsfrekvenser ger mindre ersättning. Organisations- och professionskultur väger tungt i dessa avseenden, men inte tyngre än att indikations- och DRG-glidningar är vanliga.

Att skapa ett fungerande styr- och ersättningssystem som ger ”rätt” incitament är svårt, eftersom målkonflikter är vanliga inom hälso- och sjukvården. Ändliga resurser ska prioriteras utifrån nya metoder och befolkningens allt högre förväntningar på en tillgänglig sjukvård av god kvalitet.

Incitament som förväntas påverka enskilda medarbetares beteende

Kravet på incitament, som riktas till enskilda medarbetare, är att de kan kopplas till organisationens mål, givna uppdrag och de motiv och föreställningar som driver medarbetaren. Incitament riktade till medarbetare tydliggörs ofta i anställningsavtal och medarbetarsamtal.

Incitament för medarbetare kan antingen vara generella eller individuellt utformade. De förstnämnda kan handla om att öka intresset för vissa arbetspass, arbetsplatser eller arbetsuppgifter genom förhöjda ersättningsnivåer. För personer som är måttligt intresserade av att dryga ut sin inkomst fungerar de dock inte som incitament.

Individuellt utformade incitament är ofta underförstådda. Det ligger i sakens natur att goda prestationer, som ligger i linje med förväntningarna, ger medarbetaren fördelar. Det kan t ex gälla möjlighet till fördjupad kompetensutveckling och befordran. Det märks sannolikt också i lönekuvertet, åtminstone på lång sikt. Även på chefsnivå är det extremt ovanligt med andra incitament än ovanstående. En av sjukhusdirektörerna inom Stockholms läns landsting får en årlig bonus, avhängig av de mål som styrelsen satt upp vid årets början. Detta är extremt ovanligt inom den offentliga sjukvården och tycks vara undantaget som bekräftar regeln.

Enligt Deloitte's revisionsrapport från 2004 är det i ett styrsystem ”möjligt att hantera lön, utbildning, karriär mm och koppla dessa incitament till de mer specificerade och varierade individuella mål som i sin tur sammantaget samverkar för att uppnå verksamhetens mål. Andra mer personliga incitament är viktiga att fånga och betona, men de kan inte hanteras generellt i organisationen”.

Tydliga uppdrag skapar dialog, medan otydliga dito i första hand tycks skapa motstånd. Det gäller allt från dialogen mellan politisk ledning och förvaltningschef till dialogen mellan första linjens enhetschefer och medarbetarna. Det är i dessa dialoger som individernas drivkrafter spelar in och spelar roll. De chefer som inte har insyn eller insikt i medarbetarnas, eller de underställda chefernas, drivkrafter förstår inte hur de ska energisätta ledningsprocessen fullt ut.

Möjligheten att mer medvetet använda individuella incitament är avhängig ansvarig chefs lyhördhet för vad som motiverar enskilda medarbetare. Ibland förmår utvecklingssamtalen att fånga detta och ibland inte. Här finns stort utrymme för förbättringar. Ifråga om medarbetares motivation för sitt arbete finns en intressant teoribildning och praktik kring ”karriär-

ankare”³. Ett karriärankare uttrycker vad som motiverar och driver en person i arbetet. Schein har identifierat fem sådana identitetsgrundade och identitetsskapande individuella värden:

- Specialistkompetens
- Managementkompetens
- Autonomi
- Trygghet och stabilitet
- Entreprenörskreativitet

Om hälso- och sjukvården tas som utgångspunkt finns många exempel (i samma ordning som ovanstående kategorier): kirurger som strävar efter excellens, läkare eller sjuksköterskor som hellre jobbar via och genom andra, de många läkare för vilket självständigheten i yrket är absolut central, de medarbetare som värdesätter sociala relationer och trygghet mer än innehållet i arbetet och, slutligen, de som främst drivs av att förändra och utveckla verksamheten. Flera av dessa motiv, om än i olika styrka, finns hos de flesta. Önskan om trygghet gifter sig dock sämre med drivkraften att förändra och utveckla. Schein har identifierat fler motiv, bl a ”serviceorientering”, d v s att personer finner mer tillfredsställelse i att hjälpa andra än att utveckla sina egna talanger (utöver att hjälpa andra). Med större krav på finkornighet går det naturligtvis att definiera betydligt fler kategorier.

Det avgörande är dock inte kategoriseringen, utan att det finns en nyfikenhet på och ett intresse för vad som driver och vad som stimulerar enskilda medarbetare. Förståelsen för olika medarbetares karriärankare ger möjlighet att reflektera över och sätta ord på det som sporrar enskilda medarbetare. Först då kan ansvarig chef se vilka incitament som står till buds för att förstärka organisationens uppdrag till medarbetaren.

Individuella incitament existerar i ett sammanhang

Det är inte ovanligt att konflikter uppstår på arbetsplatser, som har sitt ursprung i medarbetares olika drivkrafter. Även om det går att komma betydligt längre kring de individuella incitamenten måste ansvariga chefer därför se till att dessa totalt sett stödjer varandra. Det kan t ex gälla hur en produktivitetsökning ska hanteras där en läkares entreprenörskreativitet kan komma att stå i motsättning till en oförstående sköterskegrupp. Om de senare inte tycker sig ha något att vinna på en, som man uppfattar det, ensidig satsning kan viktiga förändringar försvåras.

Styrmiljö och kultur

Incitament är inte statiska. Vilka drivkrafter som bör stimuleras påverkas starkt av faktorer som Regionens mål och ekonomiska situation. Medarbetares motivationsstruktur är dock inte lika föränderlig, utan förändras mer långsiktigt på grund av förändrad livssituation, mognad och nya arbetsförutsättningar. Många drivkrafter är en konsekvens av organisationskulturen och sociala normer. Inom hälso- och sjukvården är den professionella kulturen ett viktigt kitt och en stark drivkraft för att hjälpa patienterna och att utveckla kvalitén. Inte sällan är det kollegiala belöningssystemet viktigare än linjeorganisationens.

Ekonomiska drivkrafter finns inom de flesta verksamheter. Inom offentlig verksamhet har dock de kulturella normerna bidragit till att löneskillnaderna inom varje yrkesgrupp är rela-

³ Career Anchors. Edgar Schein. Jossey-Bass Pfeiffer. San Francisco 1990.

tivt små. Även om individuella löner nu slagit igenom så existerar de i en enhetskultur där löneskillnader betraktas med viss misstänksamhet och ibland t o m som möjliga tecken på orättvisor. De begränsade årliga totala lönehöjningarna bidrar ytterligare till de ekonomiska belöningarnas begränsade räckvidd. De skillnader som finns existerar i första hand mellan olika yrkeskategorier, t ex läkare och sjuksköterskor, och är knutna till utbildning, status och tradition.

Typiska drivkrafter är i stället möjligheter till kompetensutveckling, att arbeta självständigt eller i team, erkänsla och patienters tacksamhet samt befordran.

I Deloitte's revisionsrapport konstateras att kopplingen mellan verksamhetsmål och individuella mål är svag på alla nivåer i organisationen. Vidare att mål och strategier inte är tillräckligt konkreta för att målstyrningen ska fungera.

Tanken att den formella styrprocessen, inte bara ska kunna hantera styrningen av enheter, utan också ledningen av de enskilda medarbetarna är uttryck för en mycket hög ambitionsnivå. Inte minst mot bakgrund av hälso- och sjukvården stora inslag av kunskapsstyrning, som i första hand emanerar från läkarna och specialistföreningarna. Väsentliga delar av den statliga styrningen har integrerat denna kunskapsstyrning. Det gäller SBU:s kunskapsöversikter, Socialstyrelsens föreskrifter och riktlinjer, Läkemedelsverkets föreskrifter och monografier samt Läkemedelsförmånsnämnden subventionsbeslut.

Kunskapsstyrningen är i mindre grad integrerad i landstingens styrmodeller. En konsekvens av detta är att landstingens politiskt/administrativa styrning i första hand hanterar värden och övergripande prioriteringar samt ekonomi och vårdutbud.

Vem styr och vem är uppdragsgivare?

Begreppet styrning befäster i sig bilden av styrning som en planerad medveten aktivitet där någon eller några styr i en bestämd riktning. Styrning är, särskilt inom hälso- och sjukvården, ett sammansatt skeende där olika idéer och intressen formar och formas i en formell och informell planerings-, genomförande- och uppföljningsprocess. Den styrning som sker inom ramen för en hierarki innebär inte nödvändigtvis att det översta skiktet har det största inflytandet. Varje beskrivning av styrning, och varje styrmodell, är sålunda en grov förenkling.

Sjukvården är en kunskaps- och tjänsteorganisation. Precis som i många av dessa är kunden en minst lika viktig uppdragsgivare som den egna organisationen. Den viktigaste skillnaden mellan hälso- och sjukvården och andra kunskapsföretag är den moraliska bindningen mellan vårdgivare och patient⁴. Hos läkarna finns även en stark bindning till kollegorna och till professionen, vilket inte sällan innebär att det är underordnat vem som är arbetsgivare.

Inom hälso- och sjukvården tycks ofta medarbetarens avtal med arbetsgivaren underordnat det psykologiska kontraktet med patienterna och den professionella kollegialiteten. Samtidigt som detta komplicerar styrprocessen utgör det viktiga källor till mening och starka positiva drivkrafter för läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns också starka potentiella konflikter mellan detta synsätt och den pragmatism som med nödvändighet färgar huvudmannens hantering av begränsade resurser. Det är därför angeläget att professionens kunskapsstyrning i ökad utsträckning integreras i Regionens styrmodell. Detta skulle kunna bli ett viktigt incitament för professionen att engagera sig mer i den styrprocessen.

⁴ Om det funnes en ägare. Per-Axel Svalander, 2001. Revisionsrapport för revisorerna i Stockholms läns landsting.

För ledare i vården är det viktigt att förstå och underhålla de förutsättningar som ges av det psykologiska kontraktet med patienten och professionens kollegialitet. Vissa delar kan hanteras i en mer integrerad övergripande styrprocess, men huvudsakligen måste det skötas genom ledarskapet långt ut i organisationen.

Kollektivtrafikens incitamentsstruktur

I delrapporten ”Kollektivtrafikens mål och uppföljning av kvalitet och kvantitet” konstateras att incitamentsersättning används främst för att stimulera förbättrad kvalitet i olika avseenden, t ex bemötande, information och fordonets skick. I dessa fall har en ”normkvalitet” avtalats och om Trafikföretaget når längre ökar ersättningen enligt en förutbestämd trappa. Incitamentsersättningen har i viss utsträckning använts för att stimulera antalet resande. I andra fall, t ex vid förseningar, används viten då Trafikföretaget inte lever upp till gjorda utfästelser.

Avtalen med trafikoperatörerna styr tydligt mot målen och önskade beteenden. Kvalitetsinriktade incitamentsersättningar förstärker detta. Kollektivtrafiken har haft betydligt lättare än hälso- och sjukvården att knyta incitamentsersättningar till de upphandlade tjänsterna. Trafiktjänsterna är få, tydliga och enhetliga. Kollektivtrafiken bedrivs på en konkurrensutsatt marknad och största delen av intäkterna kommer från passagerarintäkter. Detta sammantaget innebär att trafikföretagens motiv för att leva upp till avtalade mål är starka, även utan incitament. På trafikområdet kan dessutom antas att existerande incitament bidrar till ett högre resande och därmed också till större intäkter för Skånetrafiken. Motsvarande logik finns inte för de i stort sett helt skattefinansierade hälso- och sjukvårdstjänsterna.

Incitament i regionens ersättningssystem för hälso- och sjukvården

Inför budget för 2006 var ambitionen att öka den rörliga ersättningen och pröva någon form av ersättning för att stimulera kvalitet. Resultatet blev en budget där den patientrelaterade ersättningen särskildes och fördelades på 60 % fast ersättning respektive 40 % rörlig ersättning. När förvaltningen upp till överenskomna volymer utgår full ersättning. Om inte ersätts förvaltningen i förhållande till fullbordade prestationer. Överstigs volymen utgår ingen extra ersättning. Det finns sålunda starka incitament för förvaltningarna att nå volymmålen.

Det nya i ersättningssystemet är att patientsättningen blir enhetlig för alla sjukhus och att särkostnaderna återfinns som ersättning för olika specificerade uppdrag. Tidigare volymbeskrivningar har varit otydliga och oftast gällt avgränsade delar. Den tydligare styrningen på volymer har inneburit närmare dialog och avstämningar mellan hälso- och sjukvårdsledningen och de olika förvaltningarna.

Regionbidraget till hälso- och sjukvården i form av flera steg. Först fördelas tillgängliga resurser på de olika logikerna. Därefter förhandlas och samordnas uppdragen - ett per aktuell vårdlogik - till respektive förvaltning och vårdersättningen fastställs. De regionövergripande logikuppdragen vidaretransporteras till respektive distriktsnämnd, som ger ett samlat uppdrag till respektive förvaltning inom distriktet.

Ersättningssystemet är konstruerat för relationen mellan nämnd och förvaltning. Det kan beskrivas som ”anslag med prestationskrav”. För förvaltningarna innebär det förtydligade prestationskrav genom att övergripande volymer av DRG-poäng, besök, planerade operationer etc fastställs i de olika uppdragen.

För primärvårdens del har det nya ersättningssystemet varit känt under längre tid och till skillnad från övriga förvaltningar har man bara ett logikbaserat uppdrag (för närsjukvården). Sjukhusens sk samlade uppdrag är i själva verket mellan 2-4 logikuppdrag i kombination

andra uppdrag, framför allt läkemedel, AT/ST och olika strukturåtaganden. För några tillkommer även uppdrag för FoUU. Det ligger på varje förvaltningsledning att utifrån de olika uppdragen forma enhetliga uppdrag till respektive verksamhet.

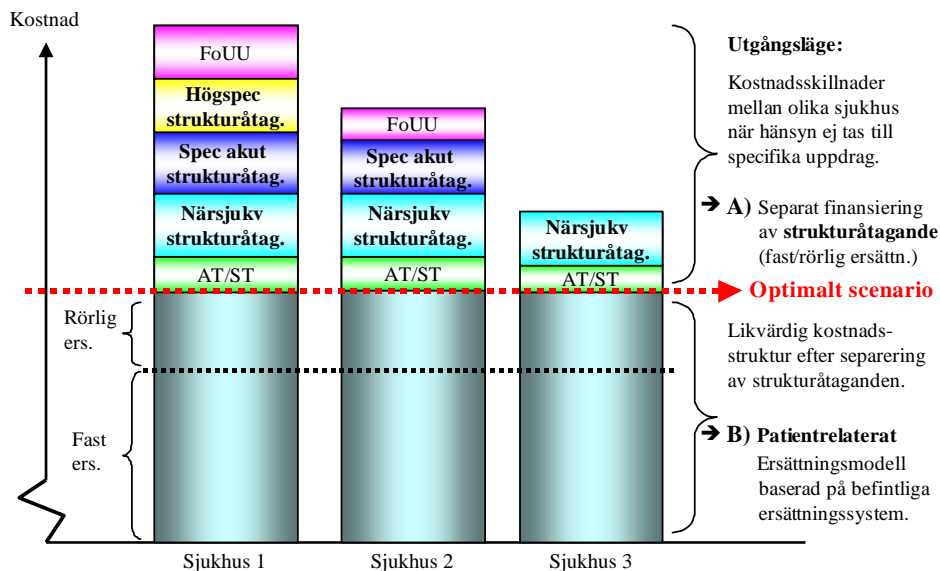


Fig. Principskiss för ersättning från Region Skånes budget för 2006

Den interna verksamhetsplaneringen på sjukhusen är i princip oförändrad med en traditionell anslagsbudgetering där prestationer fördelats ut som måltal. Översättningen från logikuppdragen till enhetliga verksamhetsuppdrag har tagit mer tid och kalkylsnurrorna gått varmare än vanligt. De nya förutsättningarna, där förvaltningen får sitt samlade uppdrag definierat genom uppdragen per vårdlogik, har ändå i vissa fall inneburit en uppgradering av den interna styrningen. USiL kommer t ex att införa verksamhetsplaner på divisions- och verksamhetsnivå.

Den preliminära återkopplingen från några förvaltningschefer är positiv till de övergripande förändringarna. Det gäller framför allt de enhetliga DRG-priserna och att betalningen i större grad följer patienterna. Man ser också ersättningssystemet stärker möjligheten till profilering. På den negativa sidan finns framför allt tidplanen för 2006. Förändringarna borde ha beslutats och beretts tidigare. Detaljplaneringen kommer inte att vara klar förrän i mars på flera sjukhus vilket beskrivs som problematiskt då de nya DRG-priserna kommer att få besparings effekter. Det finns också en uppfattning om att akutsjukhusen kommer sämre ut än de elektiva sjukhusen.

Utöver tidplanen finns även andra synpunkter. Det gäller bl a antalet uppdrag och hur dessa ska hanteras ur redovisnings- och ansvarssynpunkt. På sjukhusen, som i stor grad processorienterat sitt arbete, är logikerna inte alltid urskiljbara i de enskilda verksamheterna. Logikuppdragen och medföljande ersättning kräver stora översättningsinsatser från förvaltningsledning till verksamheterna. Det uppfattas också som oklart hur över- eller underskott inom ett visst logikuppdrag ska hanteras. Finns en "kvittningsrätt" på förvaltningsnivån eller beslutar behörig nämnd för respektive logikområde?

Slutligen uppfattas den kraftigt sänkta ersättningen per DRG-poäng som problematisk och aktualiserar ytterligare besparingar inom sjukhusen. Prissänkningen är en konsekvens av volymer uppräknats i betydligt större grad än 2004 och 2005. I förhållande till 2004 är ökningen 6 % och till 2005 5 %.

Kvalitetsersättningen för teamarbetet i strokevården, utifrån inslaget av teamarbete, bedöms som intressant, men ännu så länge ytterst marginell.

Kommentarer

Regionen lyfter fram styrningen på volymer. Den delvis rörliga patientersättningen förstärker detta. Endast om hela uppdragsvolymen uppnått utgår full ersättning eller fullt anslag. Rörlig ersättning med tak, där taken utgör den önskade produktionen, innebär en utveckling av anslagsstyrningen. Endast om förvaltningen når på förhand bestämda prestationer utgår fullt anslag och en högre produktion ersätts inte. Den nya styrprincipen - ”anslag med prestationskrav” – har inneburit att budgetberedningen mellan HSN och förvaltningarna i ökad grad innehållit diskussioner och förhandlingar kring volymer. Planeringsmodellen motverkar eventuella tendenser till slack genom att fullt anslag kräver full prestation. Samtidigt har den ekonomiska risken, genom det nya ersättningsystemet, till övervägande del lagts på förvaltningarna.

En svårighet i hälso- och sjukvårdsledningens planering är att avgöra vad som är en rimlig samlad prestationsvolym per logik för varje förvaltning. Är förra årets lätt modifierade produktion alltid svaret? Den fördjupade dialogen med förvaltningsledningarna tillsammans med underliggande beräkningar per verksamhet torde hjälpa till. Eftersom sjukhusens volymuppdrag till allra största delen är övergripande, kan man styra volymerna mellan de olika verksamheterna. Samtidigt är de bundna av respektive logikuppdrag. Här finns dock risker som hälso- och sjukvårdsledningen måste beakta i dialogen med respektive sjukhus.

De allra flesta kliniker har inom sig ett flertal sjukdomsgrupper som konkurrerar om verksamhetens resurser. Om något område inom klinikens verksamhet prioriteras, utan en samlad helhetsbedömning, tenderar detta att leda till att nya skevheter uppstår. Ett tydligt exempel är den nationella kraftsamlingen kring kataraktoperationer. Gjorda erfarenheter visar att detta kan minska resurser från andra viktiga insatser inom ögonsjukvården, t ex förebyggande insatser kring glaukom. Detta genom att synfältsundersökningar, ögontrycksmätningar med mera får stå tillbaka till förmån för ett ökat antal förundersökningar inför kataraktoperation. Motsvarande dilemman finns i de flesta verksamheter och även i relation till olika serviceenheter.

Bedömningar och avvägningar kring den produktion som ska genomföras är ingenting nytt. Det nya är att uppdragen för den regiongemensamma vården kräver samlade systematiska genomgångar mellan hälso- och sjukvårdsledningen och varje förvaltning, där väsentliga prioriteringar diskuteras och överenskomms.

Sammanfattningsvis innebär den nya styrmodellen förutsättningar för ett fortsatt starkt grepp om kostnadskontrollen och ett bättre grepp om den totala produktionen. Uppenbart är också att styrmodellen och det nya ersättningsystemet ställer andra och större krav på hälso- och sjukvårdsledningens arbetssätt och organisation. Riskerna ligger framför allt i oklarheter i den samlade styrmodellens nämndkonstruktion och kring ansvarsfrågor. Det är olyckligt att frågor om kvittningsrätt, redovisning och ansvar fortfarande är otydliga en bit in i 2006. Under år 1 ligger dessutom en stor risk i den sena beredningsprocessen. Eftersom fortsatta besparingar tycks krävas är det olyckligt att verksamheternas förutsättningar blir klara senare än vanligt.

Ersättning för uppnådd kvalitet

Möjligheten till kvalitetsersättning för strokevården är mer symbolisk än reell. Ersättning för uppnådd kvalitet befinner sig fortfarande på experimentstadiet. Nästa aktuella utvecklingsområde för kvalitetsersättning kan vara ortopedin, där en gemensam kvalitetsuppföljning

tagit fram. Utvecklingsarbetet är beroende av ett vedertaget beskrivningssystem. Det krävs större bredd och ett flertal väl förankrade kvalitetsindikatorer för att denna del i styrmodellen ska få betydelse för Regionens kvalitetsstyrning. Regionen bör avvakta resultatet av pågående utvecklingsarbete med deltagande av Socialstyrelsen och Sverige Kommuner och Landsting. Under 2006 kommer parterna att tillsammans presentera ett antal nationella kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

I Regionens budget för 2006 sägs att "I det fortsatta arbetet bör ersättningsmodeller med inriktning på medicinska resultat och vårdprocesser få särskild prioritet". Regionen eftersträvar i sin kvalitetsersättning att ha en balans mellan faktorer som å ena sidan berör patienten och å andra sidan kopplas till produktions- eller vårdprocessen.

Idag finns kvalitetskrav som rör anslutning och rapportering till existerande kvalitetsregister. Eftersom detta mål är kopplat både till medicinska resultat och möjligheter till förbättringsarbete är det ett naturligt initialt område för kvalitetsersättning.

Om ersättning för uppnådd kvalitet får större omfattning i framtiden behöver detta hanteras på ett liknande sätt som prestationsersättningen. Budgeterade medel för att motsvara det önskade kvalitetsutfallet måste finnas. Det innebär att en överenskommen kvalitetsnivå borde leda till maximal kvalitetsersättning och negativa avvikelser minska förvaltningens ersättning utifrån en fallande kurva. Det är otvivelaktigt mycket värdefullt för patienterna om vårdens kvalitets och säkerhet kan höjas. Vad det innebär för Regionens kostnader är dock inte självklart. Å ena sidan finns vinster i att göra saker rätt från början, men å andra sidan är inte kvalitetshöjande insatser alltid gratis.

Nuvarande styrmodell och ersättningssystem reglerar endast förhållandet mellan nämnderna och förvaltningarna. När kvalitetsstyrningen och ersättning för uppnådd kvalitet blir en större del i Regionens styrning behöver även kraven på förvaltningarnas interna styrning förtydligas. Ersättning som baseras på övergripande kvalitetsindikatorer stimulerar sannolikt intresset för kvalitetsarbetet. Ett mer utarbetat system för kvalitetsstyrning måste också innehålla relevanta processkrav och ett ökat inslag av processtyrning.

Idag fördelar sjukhusledningen volymer som måltal till de olika verksamhetsområdena under det att en traditionell anslagsstyrning tillämpas. Verksamheternas produktionsplaner får underbygga trovärdigheten i accepterade åtaganden och uppföljningen bidrar till nödvändiga korrigeringar. För att uppnå överenskomna kvalitetsnivåer behöver verksamhetens kvalitetssåtaganden säkras genom en planering för att uppnå aktuella kvalitetskrav. I praktiken innebär det ett krav på kvalitetssystem och kvalitetssäkring av verksamhetskritiska processer. Socialstyrelsens nygamla föreskrift: Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12 M) är ett stöd i delar av detta arbete.

Budgetering på vårdlogiker

Till grund för regionbidragets fördelning på logiker ligger ett omfattande och delvis osäkert arbete kring "logikklassificering". På ett universitetssjukhus existerar alla logikerna sida vid sida, men utifrån ett verksamhets- eller vårdprocessperspektiv är det sällan relevant vilken vårdlogik patienten tillhör. Samtidigt bygger den bakomliggande ekonomiska kalkylen på en idé om olika verksamhetens eller aktiviteters logiktillhörighet. Utifrån detta har sedan ett logikgränssnitt konstruerats på patientnivå och lagts in i det patientadministrativa systemet. Detta innebär att såväl budgetering som uppföljning på "logiknivå" underlättas. Eftersom logikbegreppet inte fullt ut är lämpligt att använda på patientnivå finns följaktligen vissa brister i det tillämpade gränssnittet.

Fullmäktige låste de ekonomiska ramarna för nämnderna i juni 2005. Samtidigt fastställdes ramarna för regionbidraget till respektive logik. Detta minskade flexibiliteten i planeringsprocessen, särskilt med tanke på den osäkerhet som förelåg då det var första gången verksamheten hade kalkylerats på ”logiknivå”.

Förvaltningarnas samlade uppdrag består av separata uppdrag uppdelat per vårdlogik, strukturuppdrag och andra uppdrag. Utifrån det logikuppdelade uppdraget ska sjukhusen i nästa steg omforma dem till en helhet så att de passar sjukhusets system för intern styrning. När verksamheterna sedan redovisar sina resultat sker det i en på logiker uppdelad verksamhetsredovisning och en ”baklängeskalkyl” för återigen kunna redovisa ekonomin på logiknivå. Som nämnts tidigare finns också stora ottydligheter kring vilken nämnd som har revisionsansvar för den regiongemensamma vården. Är det HSN som fått resurser till och formulerat uppdragen för de regionövergripande vårdlogikerna, eller är det distriktsnämnderna i kraft av sin roll som styrelse och ”vidaretransportör” av HSNs uppdrag? Det är också oklart om en förvaltning kan kvitta över- och underskott mellan de olika uppdragen. De obesvarade frågorna är delvis ett resultat av en snabb och intensiv beredningsprocess, men den är också uttryck för olösta problem i Regionens styrmodell.

Möjligheter till kvittning kan motiveras på flera sätt. I detta initiala skede borde osäkerheten i de ännu nya förutsättningarna vara det viktigaste skälet. Det är dock angeläget att fastställa under vilka omständigheter en kvittningsrätt ska föreligga. Verksamhetsuppdraget bör vara genomfört och i första hand bör kvittningen mellan de regionövergripande logikerna, och endast efter särskild prövning, mellan närsjukvård och övriga logikuppdrag.

Enligt Regionens budget för 2006 ”måste utvecklingsarbetet inriktas på att klargöra gränssnitten mellan de fyra logikerna på patientnivå”. Avsikten är att få en kvantitativ beskrivning av vårdlogikernas resursomfattning och innehåll. Samtidigt strider ambitionen mot den uttalade uppfattningen att vårdlogiker varken utgör vårdnivåer eller en organisation. Begreppet vårdlogik är ett analytiskt begrepp med processkvalitéer och motsvaras inte av fysiskt avgränsade verksamheter. Syftet med logiktänkandet har varit att, utifrån patienternas behov, skapa en bättre anpassad utbudsstruktur och mer ändamålsenliga vårdprocesser.

I nuvarande planerings- och uppföljningsprocess finns en uppenbar risk för byråkratisering och diskreditering av det begrepp - vårdlogik - som initialt bidrog till att förändra synen på den skånska sjukvården. Det uppstår också ett betydande pedagogiskt problem att förklara varför Regionen ska budgetera på logiker när anslagsbindningen sedan sker på förvaltningsnivån, där sedan logikbudgetering inte är relevant i den interna styrningen.

Hälso- och sjukvårdsledningen behöver bidra till att reda ut vad som händer när begreppet vårdlogik möter förvaltningsorganisation och vårdprocess samt motivera vilka ytterligare värden som budgetering och uppföljning på logiknivå tillför.

Utvecklingen av Region Skånes styrmodell

I Regionens budget för 2003 konstaterades att en ekonomi i balans var en absolut nödvändighet. En tuff anslagsbudgetering inleddes som kulminerade i budget för 2005 då fullmäktige band anslagen på förvaltningsnivån och distriktsnämnderna blev styrelser med ansvar för respektive förvaltnings resultat. I takt med att underskotten minskade ökade ambitionerna att utveckla styrmodellen. Ambitionen att ha tydliga uppdrag till förvaltningarna inkluderade tydligare styrning av volymer och kvalitet samt ersättningssystem som stödde detta.

En annan utvecklingslinje är HSNs tydligare ansvar för de regionövergripande logikerna. I budget för 2006 sker fullmäktiges anslagsbindning för den regionövergripande vården på HSN och för närsjukvården på respektive distriktsnämnd.

Landstingens traditionella lösning där politikerna finansierade verksamheten och professionen skötte och utvecklade den, är sedan länge passé. Behovet av prioriteringar och en ändamålsenlig vårdstruktur kräver närmare samverkan och mer transparenta styrsystem, som förmår att knyta ihop sjukvårdspolitiska prioriteringar, evidensbaserad medicin och begränsade ekonomiska ramar.

Finns Ithaka?

Utveckling av hälso- och sjukvårdsstyrning och ersättningssystem är en svår och grannlaga uppgift. Det handlar om att navigera i både kända och okända farvatten och likt Odysseus så småningom hitta hem till det älskade Ithaka. Odysseus resor varade i 10 år och var osedvanligt farofylla. Resan mot en bättre styrning av hälso- och sjukvården har redan tagit betydligt längre tid. Den har inte heller varit utan skräckupplevelser, t ex perioder av mycket snabba oplanerade kostnadsökningar, produktionsflaskhalsar och stora svårigheter att anpassa verksamheten efter tillgängliga resurser.

Lovsånger för olika lösningar och system är många och riskerna ofta ännu fler. Medan Odysseus stoppade vaxproppar i örönen och lät surra sig runt masten för att klara sig undan Sirenernas locktoner, har moderna politiker och sjukvårdsadministratörer ibland varit mer våghalsiga. Inför hälso- och sjukvårdens mycket komplexa verksamhet och styrning är en sund skepsis inför olika patentröslösningar ingen nackdel. Att navigera rätt mellan anslag och renodlad prestationsersättning är som att kryssa mellan viddundren Skylla och Karybdis, som i det trånga sundet försökte döda Odysseus och hans sjömän. I renodlad form bjuder anslagsstyrning på starkare kostnadskontroll och prestationsersättning på högre produktion. Prestationsersättning kan dock innebära att totalkostnaderna skjuter iväg, medan den förra kan leda till lägre produktion. Ingen av de renodlade modellerna hanterar kvalitetsfrågorna tillfredsställande.

Riskerna i Regionens beslutade styrmodell ligger i dagsläget mindre i ersättningssystemet och mer i oklarheter kring nämndernas ansvar och det pressade tidsschemat. Det handlar om en utvecklad anslagsmodell med inbyggda prestationskrav. De nära problemen ligger i översättningen från vårdlogik till förvaltningsuppdrag och hur de idag relativt spretiga uppdragen ska utvecklas och redovisas samt hur ansvar ska utkrävas och av vem. Nuvarande styrplattform inbjuder till ytterligare utveckling och förbättringar. En gemensam tariff för fast och rörlig patientsättning ger goda möjligheter till jämförelser och en rättvisare prissättning för privata vårdgivare. Denna förändring driver också arbetet kring hur de olika sjukhusens särkostnader ska fångas och strukturuppdragen ska utformas.

Finns den stabila styrplattformen?

Resan mot den optimala sjukvårdsstyrningen tycks vara lång och frågan är om inte resan är målet. Konjunkturcykler, tekniksiften, generationssiften och många andra förändringar innebär att styrförutsättningarna ständigt förändras. Dessutom förändras den politiska majoriteten med jämna mellanrum. I vissa förändringsskeden blir ibland styrmodellen i sig ett verktyg för att åstadkomma önskad utveckling. Sammantaget innebär detta att drömmen om den slutgiltiga och "bästa" styrmodellen är och förblir en dröm. Även förväntningar på styrmodellens stabilitet och förutsägbarhet i regler kräver i praktiken relativt oförändrade förutsättningar i omvärld och styrmiljö. Slutsatsen av detta är att det blir än viktigare för politiker och ledande tjänstemän att arbeta för en stabil styrplattform och en evolutionär utvecklingsstrategi av denna.

Styrmodeller är visserligen styrande, men de leder inte utvecklingen. Politiskt ledarskap och ledarskap i linjen och drivande specialister är mer betydelsefulla i detta avseende. Förändringar kommer till stånd mer på grund av ansvarigas engagemang och ledningsaktiviteter

och mindre på grund av smart konstruerade styrmodeller. Detta är helt i sin ordning, eftersom styrmodellen ska vara ett medel att uppnå fullmäktiges mål och gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. Just denna status hos styrmodellen är ytterligare ett argument för att göra den till en mer stabil plattform med utrymme för att förändra styr signaler och skruva i ersättningsnivåer.

Begreppet styrning leder tanken till att någon instans eller person vidtar åtgärder i syfte att påverka andra personers beteende i organisationen. Det förutsätter att de styrande i allmänhet har mer information och kunskap än de styrda. Detta är dock inte alltid fallet i en kunskapsorganisation och en styrmodell borde tydligare deklarera detta och fastställa former för hur den politiskt/administrativa styrningen ska samordnas med professionens kunskapsstyrning. Kravet på den formella styrmodellen måste vara att den i rimlig utsträckning inkorporerar de viktigaste styrkomponenterna.

Revisorerna och styrmodellen

Styrningens uppgift är att rikta verksamhetens resurser för att nå målen och genomföra givna uppdrag. Uppgiften är också att stimulera produktivitet, kvalitet och kostnadseffektivitet, samtidigt som kostnadskontrollen bibehålls. Här finns inga slutliga lösningar, utan endast olika optimeringar som i sin tur är mer eller mindre ändamålsenliga under olika konjunkturfaser eller under andra skiftande förutsättningar. De grundläggande kraven på styrning kan dock, och måste, uppfyllas. Oavsett styrmodell eller styrplattform måste vissa grunder finnas. Sett utifrån revisorernas perspektiv är det angeläget att nämnden/nämndledamöterna:

- Har tillgång till korrekt och användbar information.
 - Ger uppföljningen en rättvisande bild av verksamhet och ekonomi?
- Har tydliga mål och planer för verksamheten.
- Är medvetna om övergripande problem och risker.
 - Hur arbetar nämnden för att uppdatera verksamhets-/ekonomiska risker?
 - Hur bedömer nämnden förvaltningsriskerna?
- Hanterar problem och risker
 - Vilka styråtgärder har vidtagits? Är handlingsplanerna relevanta?
- Följer upp sina styråtgärder, både de som syftar till
 - att genomföra fullmäktiges beslut/nå målen och de som
 - hanterar problem/risker

Styrmodell och ersättningssystem måste bidra till att målen nås och att riskerna hanteras. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om den politiskt/administrativa styrningens begränsningar. Även om Skånsk livskraft i många delar är ett gemensamt politiskt projekt i Region Skåne, sker styrningen fortfarande inom ramen för en konfliktorganisation. Till sammans med statliga regleringar, professionens kunskapsstyrning och egenintressen samt patientföreningars och företags påtryckningar är styrmiljön minst sagt komplex.

Styrmodeller är visserligen styrande, men de leder inte utvecklingen. Politiskt ledarskap och ledarskap i linjen och drivande specialister är mer betydelsefulla i detta avseende. Förändringar kommer till stånd mer på grund av ansvarigas engagemang och ledningsaktiviteter och mindre på grund av smart konstruerade styrmodeller. Detta är helt i sin ordning, efter-

som styrmodellen ska vara ett medel att uppnå fullmäktiges mål och gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. Just denna status hos styrmodellen är ytterligare ett argument för att göra den till en mer stabil plattform med utrymme för att förändra styrsignaler och skruva i ersättningsnivåer.