

Etik i hälso- och sjukvårdens styrning – dilemman och möjligheter

Konferensrapport från Statens medicinsk-etiska råd

Stockholm 2023



Smer 2023:1

Smer 2023:1. Etik i hälso- och sjukvårdens styrning
– dilemman och möjligheter

Rapporten finns att ladda ned gratis på www.smer.se

Statens medicinsk-etiska råd (S 1985:A)
103 33 Stockholm
Tel: 08-405 10 00

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

ISBN 978-91-525-0588-5 (pdf)
ISSN 1101-0398

Förord

Frågan om hur hälso- och sjukvården styrs har stora konsekvenser för patienter, anhöriga, vårdanställda och oss alla som medborgare. Styrning, ledning och organisation påverkar tillgången på vårdplatser och personal, vårdköer, personalens arbetsbelastning och graden av jämlikhet eller ojämlikhet i vården. Styrningen påverkar med andra ord förutsättningarna för att uppfylla de mål och värden som ska främjas i hälso- och sjukvården, och är i grunden en etisk fråga. Utformningen av hela hälso- och sjukvårdssystemet, inklusive styrformer, bemanning och organisering måste vila på en etiskt väl genomtänkt grund. Det måste vara klarlagt hur systemet påverkar förutsättningarna att uppfylla centrala mål samt vilka värdekonflikter som kan uppstå. Det kan till exempel finnas värdekonflikter mellan jämlikhet och effektivitet, mellan valfrihet och kontinuitet eller mellan olika patientgruppers tillgång till vård. När reformer av organisation och styrning ska genomföras inom vården är det nödvändigt att utgå från etiska frågor och potentiella värdekonflikter i utformningen av de nya modellerna. Etiken måste in i alla processer från början och de etiska aspekterna diskuteras mer öppet.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) anordnade den 27 oktober 2022 seminariet Etik i hälso- och sjukvårdens styrning – dilemman och möjligheter. Seminariet berörde frågor som: Hur påverkar styrningen hälso- och sjukvårdens verksamheter? Vilka etiska mål och värden står på spel? Vilka etiska krav är rimliga att ställa på utformningen av hälso- och sjukvårdens struktur, styrning och organisation? Temat hade valts av 2021 års mottagare av Smers etikpris, Erica Falkenström, som är forskare på Institutet för framtidsstudier. Hon utgick ifrån de allvarliga problem som hon genom sin forskning sett i sjukvården kring till exempel brist på vårdplatser och personal, vårdköer, alltför hög arbetsbelastning och ojämlik vård. Alla dessa problem har med styrningen att göra och får konsekvenser för sjukvårdens

många verksamheter, hävdar Erica Falkenström. Medarbetare och chefer drabbas, men också patienter och närstående.

Smers etikpris delas årligen ut till en person eller grupp som har gjort en särskild insats för att lyfta medicinsk-etiska frågor i Sverige och innebär en möjlighet för pristagaren att välja ett ämne för ett seminarium som anordnas i samverkan med Smer. Erica Falkenström fick priset för sina insatser för att belysa vikten av etisk kompetens i hälso- och sjukvårdens ledarskap och av etisk analys vid beslut om vårdens styrning och organisation.

Erica Falkenström har planerat seminariet tillsammans med Lotta Eriksson, huvudsekreterare i Smer. Denna rapport är en sammanfattning av föreläsningarna och de frågor som diskuterades under dagen. Rådet vill med rapporten sprida kunskap från seminariet och stimulera till diskussion kring hur styrningen påverkar förutsättningarna för att uppfylla de mål och värden som ska främjas i hälso- och sjukvården och hur etiken kan komma in i alla styrprocesser från början. Hela seminariet går även att se via en webbinspelning som finns tillgänglig på www.smer.se.

Författare av konferensrapporten är Gunhild Wallin, journalist.

Stockholm i april 2022

Sven-Eric Söder

Ordförande, Statens medicinsk-etiska råd

Innehåll

Hälso- och sjukvårdens organisering: Mer management, mer granskning och mer organisation. Reformernas konsekvenser för verksamheten	7
Ekonomistyrning, revision och etik.....	11
Konsekvenser av otydliga strukturer och ansvarsförhållanden – ett professionsperspektiv	17
Arbetsgivarpolitik och etik: Vad säger forskningen om sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet?.....	25
Vilken roll har etiska mål och värden i lagstiftningen?	31
Etikreflektioner beträffande vårdens styrning	37
Vilka åtgärder är möjliga och önskvärda att vidta för att få till stånd en mer ändamålsenlig styrning av sjukvården?.....	45
Ett organisationsetiskt perspektiv på hälso- och sjukvårdens styrning – några konkreta förslag.....	51
Paneldiskussion.....	57
Appendix	67

Hälso- och sjukvårdens organisering: Mer management, mer granskning och mer organisation. Reformernas konsekvenser för verksamheten

Kerstin Sahlin

Seniorprofessor i företagsekonomi, Uppsala universitet

Sedan drygt 25 år tillbaka har styrningen och organiseringen av den offentliga sektorn genomgått stora förändringar. Modeller har hämtats från privata näringslivet och genomförts uppifrån och ned, oavsett verksamhet och med litet om något utrymme för etiska frågor.

Organiseringen av hälso- och sjukvården och de vågor av reformer som skett under de senaste decennierna är temat för dagens första föreläsare – Kerstin Sahlin, seniorprofessor i företagsekonomi med inriktning på offentlig organisation vid Uppsala universitet. Kerstin Sahlin har, bland många andra meriterande uppgifter, varit huvudsekreterare för humaniora och samhällsvetenskap vid Vetenskapsrådet. Hon föreläser på temat: ”Hälso- och sjukvårdens organisering: Mer management, mer granskning och mer organisation. Reformernas konsekvenser för verksamheten.”

Genom att göra en tillbakablick på det senaste kvartsseklets reformer ger Kerstin Sahlin en bild av verksamhetens villkor och därmed också etikens villkor inom hälso- och sjukvården. Vad har reformerna betytt för hälso- och sjukvårdens verksamheter?

Hon börjar med att beskriva begreppet New public management (NPM), som ofta nämns som symbol för starten på en förändringsvåg. Förändringarna har i forskningen också beskrivits med exem-

pelvis orden ”företagisering”, ”marknadisering”, ”omreglering”, ”avreglering” och ”avprofessionalisering”. På senare ord har tillitsstyrning blivit allt vanligare.

Vi har sett en utveckling med mer management, mer granskning och mer organisation. Vad betyder de här reformerna egentligen och vad har de betytt ute i verksamheterna? säger Kerstin Sahlin.

Den första reformvågen – släpp allting fritt

New public management har funnits som begrepp sedan början av 90-talet. Det myntades av den brittisk statsvetaren Christopher Hood som en samlingsterm för en rad reformer inom offentlig sektor som inletts redan på 80-talet. Han ville beskriva varianter på ett tema, sammanfattade utvecklingen och döpte det till New public management. Det han beskrev handlade om att det privata företaget blivit förebild för offentlig verksamhet, att det fördes in företags-ekonomiska styrmodeller, mer management, mer marknad och att offentliga verksamheter skulle avregleras, skäras ner och bli effektivare.

Begreppet New public management spreds över världen och plockades upp av OECD.

På så sätt gjordes det om från en sammanfattande analys till en reformagenda och omvandlades till en normativ idé om hur offentlig sektor skulle kunna organiseras oavsett verksamhet, säger Kerstin Sahlin.

Några av de varianter vi har mött genom åren är mål- och resultatstyrning, profilering, affärsmässig redovisning, individuell lönesättning men också nya sätt att tillsätta och värdera chefer. Vi har också sett en utveckling mot kvalitetssäkringssystem, som hämtats från industrins kommunikationsstrategier, och marknadsstrategier och varumärkesarbete. Allt det där lästes in under begreppet New public management. Kerstin Sahlin påpekar att New public management inte handlade om en reform, utan om många olika händelser.

Då blir det hart när omöjligt att mäta konsekvenser och resultat av enskilda styrmodeller och det blir svårt att fastställa vad som fungerat bra eller dåligt, säger Kerstin Sahlin.

Det blev en ström av reformer och redan tidigt blev det tydligt att det skedde en kulturell förändring i offentliga verksamheter. Språkbruket förändrades i hur det offentliga skulle organiseras och offent-

liga verksamheter fick nya jämförelseobjekt. Det började pratas om management och ledning i allmänna termer. Det påverkade både hur man organiserade sig och vilka man rekryterade. Men, förklarar Kerstin Sahlin, det här sättet att tänka med privata företag som förebilder, handlade inte precis om sjukvård. Styrmodellerna kom långt uppifrån och var generella.

Den andra reformvågen – granskningssamhället

Tanken var att de här förändringarna i stort sett skulle sköta sig själva och Kerstin Sahlin berättar att i början av 90-talet var ord som granskning och utvärdering nästan tabu. Idén var att den fria marknaden skulle råda i offentliga verksamheter och att de skulle verka så fritt som möjligt utan att styras centralt. Det fungerade dock inte så bra, vilket ledde till nästa reformvåg – granskningssamhället. Kerstin Sahlin vill skilja det från New public management för här är det är något nytt som händer.

Begreppet ”granskningssamhället” kommer från den brittiske filosofen Michael Power, som såg en utveckling mot mer kontroll och kallade det ”audit society”. Det var en reaktion på att det inte gick att lämna allt fritt, utan det gällde att ha koll på vad man gjorde. Styrning och ekonomi kom att hänga ihop och det infördes olika sätt att kontrollera att det som var avsett att hända, faktiskt hände. Men det räckte inte med det. Så småningom kom kvalitetssäkring, man skulle kontrollera kontrollverksamheten. Det blev lager på lager av kontroll.

Samtidigt fanns det en tidstypisk längtan efter transparens, berättar Kerstin Sahlin. Ett uttryck för det var att skapa jämförelser genom en utvecklad användning av kvalitetsregister för att på så sätt öka möjligheten för medborgarna att välja. Mycket av det här är vetligt och klokt, anser Kerstin Sahlin. Det är rätt att utkräva ansvar, att vara transparenta, att kunna veta vad som händer i offentlig sektor och att kunna välja om nu systemet bygger på fritt val. Problemet, anser hon, är att mätningar och kontroller blivit så omfattande.

Ju mer man granskar, desto fler fel upptäcker man. Det kan leda till misstroende och så efterfrågas ännu mer granskning. Det blir en misstroendespiral. Och om man vet att någon ska komma och granska en utifrån, så gör man antingen vad man blivit tillsagd, eller så skapar man på eget bevåg egna utvärderingar.

Den tredje reformvågen – framväxten av allt fler organisationer

Här kommer Kerstin Sahlin in på ett ämne hon anser vara för lite diskuterat, men viktigt. Hon refererar till boken ”Hyper-Organization” av författarna Patricia Bromley och John Meyer, som beskriver ett samhälle där vi organiserar och organiserar och skapar nya organisationer. Som organisationsforskare var en av de första sakerna hon fick lära sig att när man skapar en organisation så startar man också intressen att bevara den organisationen.

Så trots att ett av ledorden inom New public management har varit avbyråkratisering, så har organisationerna blivit fler och fler. Byråkratin växer. För att en organisation ska bli tagen på allvar ska varje organisation ha en styrelse, en rådgivande grupp, en administration, en kommunikatör och så vidare. Förklaringen är inte att bli effektivare, men att bli legitim och att bli tagen på allvar, förklarar Kerstin Sahlin.

Utvecklingen är likadan i stora delar av Europa och i alla sektorer, berättar Kerstin Sahlin. Det handlar om generella reformer som kommer utifrån och som inte har verksamhet i sig, utan som går ut på att organisera och styra. Vad man ska styra finns inte med i reformerna. De tar inte utgångspunkt i verksamhetsnära problem utan i lösningar som framstår som attraktiva, men med få eller inga konsekvensanalyser.

Det är svårt att se vägen från de här generella reformerna till verksamheten. Reformerna och ledningsskiktet lever i sin värld och verksamheterna lever i sin, säger Kerstin Sahlin.

Problemet är när de här två världarna behöver tala med varandra. Då behövs ”översättare” som översätter reformerna till det specifika. Resultatet blir mycket dokumentation, men också otydlighet och en känsla ute i verksamheterna av ”vad ska vi göra åt det här då?”, säger Kerstin Sahlin.

Hon bedömer inte att det går att vrida klockan tillbaka från de här tre reformvågorna. Ett organisatoriskt rivningsprogram kan låta lockande, men hennes bedömning är att om det ska rensas bland organisationerna så görs det inte genom en ny stor reform. I stället bör det rensas utifrån ett verksamhetsperspektiv. Det är verksamheten som ska avgöra om reformerna haft någon effekt överhuvudtaget.

Vi måste fundera över vad kärnan är i det offentliga uppdraget och då tror jag att de etiska implikationerna av alla de här reformerna är till stor del outhärliga, säger Kerstin Sahlin.

Ekonomistyrning, revision och etik

Inger Sohlberg

Civilekonom och f.d. verksamhetsrevisor, Region Stockholm

Tre olika normsystem styr hälso- och sjukvården och de bygger på olika lagar. Det ena är hälso- och sjukvårdslagen, som rymmer etiska överväganden för att möta människors olika behov. De två andra normsystemen handlar om styrning, kontroll och valfrihet och styrs av lagar som tenderar att minska utrymmet för etisk reflektion i verksamheterna.

Hur dessa normer förhåller sig till varandra och hur det påverkar etikens plats i styrningen, är temat för Inger Sohlberg, den andra föreläsaren på etikprisvinnardagen. Inger Sohlberg är civilekonom och verksamhetsrevisor. Hon har varit operativ och strategisk ledare i stora offentliga organisationer, har en fil.mag. i organisationspedagogik och har också, bland annat, utrett styrning, organisering och ledning inom socialförsäkringsområdet. Hennes utgångspunkt är de erfarenheter hon fått dels genom att arbeta i de här organisationerna i offentlig sektor, dels som tidigare yrkesrevisor i Region Stockholm.

Tre konkurrerande normsystem

Grunden för Inger Sohlbergs analys av etikens möjligheter i sjukvården är det hon kallar tre konkurrerande normsystem.

Det första normsystemet är hälso- och sjukvård, som styrs av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och regeringsformen. HSL vägleder sjuksköterskor och läkare när de gör sitt arbete och de etiska bedömningar som ingår i uppgiften.

Det andra normsystemet rör efterfrågan och valfrihet och styrs av lagen om valfrihet (LOV) och av lagen om offentlig upphandling (LOU). LOV syftar till valfrihet, tillgänglighet, konkurrens och efterfrågestyrd vård. Här återfinner vi beställar-utförarmodellen, det vill säga ett köp och sälj av vård, som i Region Stockholm gäller både verksamhet som drivs i egen regi och av privata aktörer.

Inger Sohlberg berättar hur hon hörde om de två normsystemen när hon lyssnade till Lotta Vahlne Westerhäll, professor i offentlig rätt, på en etikpristagarkonferens för några år sedan. Det fick henne att identifiera ett tredje normsystem, som handlar om styrning och kontroll genom de lagar som styr de organisationer som utför hälso- och sjukvården. Detta tredje normsystem styrs främst av kommunal- och aktiebolagslagen och lagen om kommunal redovisning.

I det systemet ges ringa utrymme för etiska överväganden eller omdömesutveckling eftersom det bygger på ett formalistiskt förhållningssätt med syfte att standardisera och "säkerställa" att allt blir lika, oavsett vem som utför arbetet. I den mån det finns ett utrymme för omdöme ses det som något negativt, en avvikelse som ska åtgärdas genom fler eller detaljerade regler och kontroller kring efterlevnaden av reglerna, förklarar Inger Sohlberg.

Framåtriktad styrning genom mål

De lagar som styr den tredje normen ligger också till grund för revisorernas granskningar, det vill säga det som sedan blir underlaget för fullmäktiges beslut om att bevilja ansvarsfrihet för regioners nämnder och bolag. Kommunallagen handlade från början om korrekt redovisning och budget i balans. Det räckte med att fullmäktige beslutade om budget och ekonomiska ramar. 2006 ändras kommunallagen och det slås då fast att fullmäktige även ska fastställa mål och riktlinjer för verksamheten. Man ville ha en mer framåtriktad styrning än den rådande ekonomistyrningen, en modern verksamhetsstyrning för att möta yttre krav. Inger Sohlberg lyfter fram målstyrningen som en viktig del av denna lagändring. Genom målstyrning skulle ägarna, det vill säga fullmäktige, sätta mål. Verksamhetschefernas roll blev att med hjälp av standardiserade modeller styra verksamheten mot målen och få hela verksamheten att gå i samma riktning så att målen uppnås på ett kostnadseffektivt sätt.

Kommunallagen ställer också krav på intern styrning och kontroll och revision. Förtroendevalda revisorer ska granska hur fullmäktige och tjänstemän bedriver uppdraget, som ett sätt att ge styrningen legitimitet och förtroende hos väljarna.

Först handlade revisionen om att kontrollera hur fullmäktige skött de ekonomiska ramarna, men efter att kommunallagen ändrades skulle vi också revidera ändamålsenlighet, resurseffektivitet och god ekonomisk hållning, summerar Inger Sohlberg.

Med målstyrning av verksamhet blir styrmodellerna mer generella. Inte heller är det ovanligt att nya mål kräver nya styrmodeller. Inte sällan handlar målen om att något ska göras eller krav på att något ska göras på ett visst sätt. Man kan prata om kvalitetsmål, avkastningsmål, eller effektmål för ett utvecklingsprojekt.

Processtyrning

Inger Sohlberg tar också upp processtyrning som en viktig komponent i den moderna verksamhetsstyrningen. Syftet med processtyrning var att motverka hierarkier och få med de yttre kraven, kundperspektivet i styrningen. Denna form av styrning har fått stort fokus i den interna styrningen i organisationer, förklarar hon. Det handlar till exempel om utvecklingsprocesser, rekryteringsprocesser och redovisningsprocesser.

Alla dessa processer ska utföras enligt på förhand utformade processbeskrivningar och det har smittat av sig på kärnverksamheten, som också ska beskrivas i processbeskrivningar. Om alla följer processbeskrivningarna tror man att man får förutsägbara och likadana tjänster på ett kostnadseffektivt sätt, säger Inger Sohlberg.

Processbeskrivningarna tjänar också som ett bevis för att chefer och tjänstemän har kontroll på sin verksamhet. Om alla följer beskrivningen så ska det bli lättare att spåra vad som hänt och vem som gjort vad så att ansvar kan utkrävas. I dag finns ingen som ifrågasätter denna styrning, säger Inger Sohlberg.

Många mål att följa ute i verksamheterna

Inger Sohlberg hämtar exempel från Region Stockholm, där fullmäktige uttrycker att budgeten är det viktigaste styrdokumentet. Den innehåller mål, ansvar och resultatkrav, men också indikatorer som är mätetal för att bedöma hur väl målen nås. I budgeten för Region Stockholm uttryckte fullmäktige fyra huvudmål, tolv delmål och 34 indikatorer som skulle gälla alla verksamheter från hälso- och sjukvård till kollektivtrafik. Dessutom fanns det mål som var specifika för hälso- och sjukvården, som hade ett huvudmål, sex delmål och 21 indikatorer. Huvudmålet var att hälso- och sjukvården skulle präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och möjlighet att välja vårdgivare.

I de generella målen för regionen, som gäller alla verksamheter, handlar det bland annat om en budget i balans, att vara attraktiva arbetsgivare och att vara en attraktiv tillväxtregion. Flertalet mål för regionens hälso- och sjukvårdsverksamheter härrör alltså från normsystem två och tre – normsystem som krockar med hälso- och sjukvårdens normsystem ett.

I regionen ska varje nämnd eller bolag, det vill säga varje sjukhus, skriva verksamhetsplaner om hur de ska nå fullmäktiges mål och sen ska de kvartalsvis rapportera måluppfyllelser, avvikelser och åtgärder i ett generellt, verksamhetsoberoende system som avser alla regionens verksamheter.

Man tror att man har koll på verksamheterna och att man får en helhetsstyrning om man styr alla på samma sätt. Rapporterna handlar om hur väl man når fullmäktiges mål, men inte om vad som åstadkoms i de faktiska verksamheterna, säger Inger Sohlberg.

Fragmentiserad organisation

Regionens sjukhus drivs som enskilda nämnder eller bolag. Karolinska universitetssjukhuset drivs till exempel som en nämnd, medan Danderyds sjukhus drivs som ett aktiebolag. Det kräver att varje sjukhus har en korrekt ekonomisk redovisning och utarbetar en årsredovisning enligt gällande lag och rätt. Inga fria nyttigheter får förekomma, där en nämnd eller ett bolag ger service till ett annat bolag eller en annan nämnd utan att få ersättning. Det måste alltså ske ekonomiska transaktioner mellan nämnder och bolag och det ska ske skriftligen. Detta innebär att om Karolinska och Danderyds sjukhus

vill samarbeta för att hjälpa en patient så får de inte göra det utan en ekonomisk transaktion. Och om Karolinska får ett nytt uppdrag och ska krympa delar av sin befintliga verksamhet som ska tas över av ett annat sjukhus måste Karolinska säga upp personal, som sedan återanställs av det andra sjukhuset, förklarar Inger Sohlberg.

Det blir väldigt komplext för hela systemet när hela hälso- och sjukvården fragmentiserades i en sådan organisationsstyrning, summerar Inger Sohlberg.

Här kommer hon in på revisionens roll. Revisionens bedömning av om sjukhusens nämnder och bolagsstyrelser har uppnått fullmäktiges mål och ekonomiska resultatkrav används av fullmäktige för att besluta om nämnderna och bolagsstyrelserna ska beviljas fortsatt ansvarsfrihet. Revisionens bedömningar görs enligt ett standardiserat sätt utifrån granskningsfrågor och från början fastställda bedömningsgrunder. Tre områden är i fokus: Är räkenskaperna rättvisande? Har de ekonomiska och verksamhetsmässiga resultaten uppnåtts? Är den interna styrningen tillfredsställande utifrån de ekonomiska och verksamhetsmässiga målen?

Revisionens granskningar utmynnar även i rekommendationer till granskande nämnder och bolag. År 2019 hade regionrevisorerna sammantaget 736 pågående rekommendationer som skulle följas upp. Inger Sohlberg berättar att hon, innan hon slutade som revisor i Region Stockholm, tittade på vad rekommendationerna handlade om och konstaterade att de nästan uteslutande handlade om att åtgärda brister utifrån styrningsidéer i normsystem tre, det vill säga att organisationerna ska styras utifrån mätbara mål med verktyg, processbeskrivningar och riktlinjer samt att ledningen ska säkerställa att dessa används. När revisionen finner fel och till exempel formulerar rekommendationer om kompletteringar i styrdokument eller om införskaffande av produktionssystem för att ha bättre kontroll på verksamheten, leder det till att mer resurser avsätts till utveckling av organisationsstyrningen. Sådana rekommendationer gör att organisationsprofessionen blir glad eftersom de då får mer resurser för att utveckla fler verktyg för styrning, berättar hon. Däremot blir det mindre pengar över till att åtgärda verkliga och angelägna problem i kärnverksamheten och förbättra förutsättningarna för medarbetarna där, förbättringar som skulle kunna ge dem en mer hållbar arbetsmiljö och bättre chans att göra rätt från början.

Hennes slutsats är att hälso- och sjukvårdens professioner utför arbetet enligt det första normsystemet, medan styrningen av vårdgivarna som organisation sker enligt det tredje normsystemet. Också revisorerna utgår från lagarna i det tredje normsystemet som är underlag för fullmäktiges beslut att bevilja ansvarsfrihet.

Det är därför det blir så svårt att ändra på styrningen. Ledningens fokus blir följsamhet mot kommunal- och aktiebolagslagen och lagen om kommunal redovisning samt de grundantaganden som det tredje normsystemet vilar på medan läkare och sjuksköterskor måste följa det första normsystemet som förutsätter att de använder sitt etiska omdöme. Det är precis här som det blir problem och det uppstår etiska konflikter i systemet. När det normsystem som ligger till grund för organisationsstyrningen och ansvarsutkrävandet utformas så att det inte stödjer hälso- och sjukvårdens verksamheter och dess normsystem, är det fel på normsystemet. När det hindrar att verkliga och konkreta behov i hälso- och sjukvården inte får eller kan hanteras enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen, uppstår en rad etiska dilemman, säger Inger Sohlberg.

Moderator Christina Garsten ställer frågan om Inger Sohlberg kan se en lösning där det blir bättre balans mellan de olika normsystemen, så att de kan komplettera varandra eller konkurrera på bättre villkor.

Inger Sohlberg anser det vara ett problem att de med verksamhetskunskap är bortrationaliserade från organisationsprofessionen. Själv har hon slutat som revisor i regionen ”för man blir dränkt av diverse styrning som inte har med verksamheten att göra”.

Jag tänker att man behöver ta bort organisationsfokuset och utgå från hälso- och sjukvårdssystemet. Att vi behöver finna ett annat sätt att revidera mot syftet med verksamheten och inte enskilda politiska mål. Jag tycker också att revisionen borde titta på om sjukhusen har rätt bemaning för att utföra sitt uppdrag, i stället för att säga hur uppdraget ska utföras, säger Inger Sohlberg.

Finns risk för att man gör på rätt sätt, i stället för att tänka efter om det man gör är rätt sak att göra, undrar Christina Garsten.

Ja, jag är lite skrämdd av utvecklingen. Det finns ju ingen tid för dem i kärnverksamheten att sitta ner och resonera och reflektera över sitt arbete. Det hinner däremot organisationsprofessionen, säger Inger Sohlberg och efterlyser till sist att beslutsfattarna bättre ska förstå verksamheten och det sammanhang som alla siffror och uppföljningar kommer från.

Konsekvenser av otydliga strukturer och ansvarsförhållanden – ett professionsperspektiv

Lars-Magnus Andersson

Överläkare, docent och verksamhetschef, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset

Pandemin ställde stora krav på svensk sjukvård och synliggjorde vad som inte fungerade i vården. Myndigheternas rekommendationer var ibland otydliga och överraskande ur ett professionsperspektiv, visar erfarenheter från praktiken. Det fanns också en tröghet och otydlighet i genomförandet av vissa åtgärder och rekommendationer.

Lars-Magnus Andersson är överläkare, docent och verksamhetschef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, där han sedan 2013 leder en av Sveriges största infektionskliniker. I sin föreläsning vill han dela med sig av hur professionen upplevde styrningen av vården under pandemin och ge en bild av hur det var att vara ”mitt uppe i smeten”.

Lars-Magnus Andersson har fram till nyligen varit ordförande i Svenska Infektionsläkarföreningen (SILF). Bland mycket annat har han också tagit initiativ till, och varit redaktör för, det nationella vårdprogrammet för covid-19. Han har lett flera webinarier om styrning av vården och varit ordförande för det regionala programområdet infektion i Västra Götalandsregionen.

Under pandemin hamnade styrningen i fokus

Innan pandemin beskriver han hur han som chef och i andra förtroenderoller förstås har reflekterat över maktindelning och styrning, särskilt i regionen och inom förvaltningen. Det var mera tankar på ”novisens vis”, som han uttrycker det. Pandemin innebar en förändring. Plötsligt hamnade styrningen av vården, men också de olika styrstrukturerna, i fokus och väckte ett behov av att förstå hur styrningen verkligen fungerar, särskilt hur det ser ut med ansvarsdelning och transparens, säger han.

Varken Lars-Magnus Andersson som infektionsläkare eller hans verksamhet var helt oförberedda när pandemin tog fart. Han rekapi-tulerar julen 2019. Han började läsa på, när de första fallen i Kina blev kända. Vad kunde det vara? Snabbt blev det klart att det var coronavirus och han började läsa om sars och covid för att förstå hur smittspridningen kunde komma att se ut. Han berättar att han och kollegerna trodde att det skulle bli stor smittspridning inne på sjukhusen, men kanske mindre problem utanför. Men det saknades kunskap. Lars-Magnus Andersson minns att han ringde Johan Giesecke, då konsult och smittskyddsexpert vid Folkhälsomyndigheten, och ställde frågan: ”Vad händer om det kommer många smittande personer samtidigt?” Det fanns simuleringar av spridning av SARS-CoV-1 som visade att en begränsning av rörligheten skulle kunna stoppa en sådan epidemi. Förmodligen var det den typen av matematiska modeller som användes i Kina men som kräver extrem disciplin och in-skränkt frihet, reflekterar han.

”Det var väldigt dramatiskt”

I en fas, runt sportlovet 2020, kom många resenärer tillbaka till Sverige. Då kom rekommendationer från smittskyddsläkare och Folkhälso-myndigheten vilka som skulle testas och från vilka länder. I Göteborg sattes det upp provtagningstält och statsministern kom på besök. Likande tält fanns i Malmö och Stockholm. ”Så fick vi vårt första fall, det var det andra i Sverige.” Rutiner fanns, liksom vana att vårda patienter med smittsamma sjukdomar för att inte bli smittade själva. ”Det fanns en slags idé om hur vi skulle göra och ett slags lugn i rutinerna.” Men så kom då detta, som ingen var förberedd på. Många svårt sjuka var relativt unga och de som hade andra sjukdomar och var till åren komna drabbades hårt.

I efterhand så är det ju klart att det var extremt dramatiskt. Vi visste ju inte heller om personalen skulle bli smittade eller inte, säger Lars-Magnus Andersson.

Han berättar att de från början hade väldigt höga skyddskrav, precis som vid andra allvarliga och smittsamma infektioner med stora konsekvenser. Men nu kom så många patienter och det var svårt att veta vilka skyddsnivåer som egentligen skulle råda. Vid ett tillfälle kom sjukhusets pressavdelning och tog ett foto av alla personal. Då väcktes tanken – ”tänk om alla inte är kvar om ett år, vi visste ju inte om vi skulle bli allvarligt sjuka eller inte”, minns Lars-Magnus Andersson.

Krångligt styrsystem och otymplig struktur

Berättelsen om hur pandemin startade och dess första tid ger perspektiv.

Jag kommer att kritisera delar av det som hände, men vi måste komma ihåg att alla som verkade i det här systemet försökte göra sitt bästa efter bästa förmåga. Sen upplevde vi att det blev suboptimeringar och inte alltid så klokt. Jag tror att det kan förklaras av att vi har krånglat till styrsystemet och har en otymplig struktur att jobba i, säger Lars-Magnus Andersson.

Han visar en graf över patienterna som låg på Sahlgrenska och som visar några rejäla toppar över inläggningarna. I juni 2021 börjar de äldre att få vaccin och patienterna försvinner i stort sett från IVA. ”Oerhört effektivt för att förhindra allvarlig sjukdom med vaccinet”, konstaterar han.

I början av pandemin ringde många in och var oroliga och ville testa sig. Snabbt upptäcktes att de som kom från länder som inte angavs som ”riskländer”, till exempel Nederländerna, också hade samma symptom som de som kom från länder där smittan var omfattande. Lars-Magnus Andersson och hans kolleger ringde smittskyddsläkare och frågade om inte de också skulle testas? Nej blev svaret, som kom efter flera dagar.

Sedan visade det sig att de suttit i stora nationella konsensusgrupper med Folkhälsomyndigheten och resonerat om detta. Men i vår värld, vi som var mitt uppe i det, handlade det ju bara om att bestämma att ta några prover till. Det fanns en tröghet och en otydlighet. Vi undrade: Vem driver detta? Är det någon som samlar in kunskap och verkligen bestämmer något? säger Lars-Magnus Andersson.

Verksamheten efterlyste samordning

I nästa fas ökade antalet patienter och det blev brist på PCR-tester och provtagningskapacitet. Lars-Magnus Andersson bad om fler, men det fanns för få. Konsekvenserna blev att otestade patienter fick ligga i samma rum, trots att det fanns risk för att de kunde vara smittade. I verksamheten frågade de sig varför inte detta kunde samordnas på något sätt. Smittan kom ju inte överallt samtidigt och analyser borde ha kunnat göras någon annanstans i landet. Men det var oerhört trögt och det fanns en brist på samordning och någon slags idé om att det inte skulle gå att bära kostnaderna i regionerna.

Det fanns något där som vi inte tyckte var ändamålsenligt och vi såg också en fragmentisering, som inte tycktes kunna lösa det vi bad om. Sedan visade det sig bli ännu mer komplext, säger Lars-Magnus Andersson.

Han förklarar att det kom fram att regionerna, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Socialdepartementet och Regeringskansliet hade dialogmöten för att dra upp riktlinjer innan de gick ut offentligt. ”Man blandade ihop uppgifterna där”, konstaterar Lars-Magnus Andersson.

På Folkhälsomyndigheten tillsattes en expertgrupp. Lars-Magnus Andersson blev inbjuden, men hann aldrig delta. Gruppen var tillsatt enligt konstens alla regler där deltagarna hade fått lämna in jävsdeklARATIONER, konstaterar han, men personerna var utvalda utan nomineringar och det fanns ingen transparens. När pandemin kom fanns ingen expertgrupp på Folkhälsomyndigheten och heller inga interna experter som det hade funnits tidigare. I stället bildades en ny expertgrupp i hast.

Det var ju gjort enligt regelboken, men var urvalet i expertgruppen rätt? Och blev det rätt input till nästa nivå? undrar Lars-Magnus Andersson.

Otydliga besked

En annan osäkerhet var hur länge man skulle bedöma att en person räknades som smittsam. I Sverige är det professionsföreningen för smittskyddsläkare som tar fram sådana riktlinjer och som sedan får karaktären av ett myndighetsdokument när Folkhälsomyndigheten godkänner det tillsammans med smittskyddsläkarna. Men de regler som gällde i Sverige stämde inte med andra internationella direktiv om smitta. I USA rekommenderades tio dagars isolering för smittade personer, medan man i Sverige rekommenderade två dagar. Som

ordförande för Svenska Infektionsläkarföreningen (SILF) kontaktade Lars-Magnus Andersson Folkhälsomyndigheten och frågade om de hade tillgång till någon annan form av information eller hade tolkat den information som fanns på annat sätt, summerar han.

SILF fick till ett samtal med Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkare som kunde enas i rekommendationer som närmade sig de internationella riktlinjerna. Det blev också tydligare vem som skulle göra vad och på vems initiativ. Men fortfarande fanns problem med att skala upp testningen, till exempel jämfört med Danmark. Framåt sommaren fanns det däremot gott om antikroppstester och i stort sett alla som ville kunde erbjudas det.

Han beskriver en liknande situation när det handlar om att ge äldre en påfyllnadsdos vaccin. I många andra länder fattades beslutet redan på sommaren, men i Sverige dröjde det. När Lars-Magnus Andersson återigen tog kontakt med Folkhälsomyndigheten fick han veta att det hölls dialogmöten mellan utförarna och myndigheten med frågor som ”har vi resurser nog, klarar vi det här?” och att det togs hänsyn till detta innan det kom rekommendationer om en påfyllnadsdos.

För oss inom professionen blev det provocerande förstås och kanske blev det också otydligt för medborgarna, säger Lars-Magnus Andersson.

Han räknar upp en rad frågeställningar som hela hanterandet väckte. Hur togs rekommendationerna fram? Vilka experter medverkade och hur valdes de ut? Vilka hänsyn togs innan rekommendationerna gavs? Och hur skulle de utföras?

Ett kortslutet system

Lars-Magnus Andersson lägger fram en bild på Riksrevisionens rapport 2017:3. I den formuleras precis det han tycker sig ha upplevt under pandemin. Där beskrivs hur det finns formella riktlinjer som hälso- och sjukvården ska följa. Sedan finns det en kraft som vill ha en nationell samordning, vilket det inte har funnits något system för med de 21 regionerna. Därför har man i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) slutit avtal för att få en nationell styrning.

Som vi ser det har man kortslutit hela systemet på något sätt, säger Lars-Magnus Andersson.

Ett annat problem anser han vara att Folkhälsomyndighetens kompetens är utarmad, jämfört med innan Smittskyddsinstitutet slogs ihop med Statens Folkhälsoinstitut och bildade Folkhälsomyndigheten. Smittskyddsinstitutet hade egna professorer och även om det ibland var kritiserat, fanns egen vetenskaplig kompetens och nätverk. Det gav en möjlighet att bestämma agendan. I dag har myndigheten fått väldigt stora uppdrag, som innebär att den inte bara ska bry sig om smittskydd utan också folkhälsa. Visst kan det vara bra, men det kan också vara svårt för folkvalda att välja mellan restriktioner och andra hänsyn, när de får det processat och prioriterat genom tjänstemän och inte presenterat som olika alternativ, konstaterar Lars-Magnus Andersson.

Han ställer också frågan om det är ändamålsenligt för nationell samordning att det görs genom en intresseorganisation som består av 21 regioner, där var och en vill värna sin egen region. Det leder till en intressekonflikt, anser han. Så går han vidare till hälso- och sjukvårdslagen, som är en ramlag och egentligen inte säger exakt vilken vård som medborgarna ska erbjudas. Det återfinns delvis i föreskrifter från myndigheterna. Men i princip tolkar varje region och i slutändan varje verksamhet vad som är högst prioriterat att erbjuda i form av sjukvård till medborgarna. Det görs alltså minst 21 egna tolkningar.

Vill man ha samma och jämlik vård i hela landet måste man tänka på ett helt nytt sätt, säger Lars-Magnus Andersson.

Kunskapsstyrningen är ett annat fenomen i samma anda som drivs av Sveriges regioner i samverkan. Ett problem med det är att medborgarna inte får någon insyn alls i hur regionerna tolkar hälso- och sjukvårdslagen. Resultatet kan bli att stora grupper av patienter med kroniska sjukdomar, eller sjukdomar där det finns starka patientföreningar prioriteras, eller för all del – små sjukdomar med ömmande fall som presenteras i media. De kommer att få mer resurser än andra, befarar Lars-Magnus Andersson och varnar för att resursfördelningen inte blir transparent och rimlig, ett etiskt dilemma.

Moderator Christina Garsten ställer frågan om Lars-Magnus Andersson har några idéer för att skapa en bättre samordning.

Antingen får man ändra hälso- och sjukvårdslagen, så den har mer av ”det här ska ni göra!”, eller skapa större organisatoriska enheter. I Danmark centraliserades tolkandet av lagen och resurserna och sen delas uppdraget ut till regionerna. Jag tror det är enda sättet om man anser det vara gott att ha samma och jämlik vård i hela landet, säger Lars-Magnus Andersson.

En annan fråga från Christina Garsten rör det Lars-Magnus Andersson kallat ”kortslutning i systemet”. Vad bestod den av och är systemet i dag kortslutet?

Lars-Magnus Andersson konstaterar att det är starka krafter i rörelse. Det är patienterna som vill ha bra och rätt vård. Det är professionen som har sina idéer om vad som är viktigt. Till det kommer ekonomiska intressen, till exempel om att marknadsföra och använda vissa läkemedel. Politiker i sin tur vill sätta sin prägel på hälso- och sjukvården och så finns det ideologiska idéer om vad som är viktigt.

Om man inte gör det här transparent och inte balanserar de här drivkrafterna i lika starka delar så blir det dålig jämvikt och det är ju lite av det vi såg när utförarna sitter med myndigheter och politiker och diskuterar om vi ska vaccinera eller inte. Som medborgare vill man veta om det är bra att vaccinera sig en gång till eller inte. Sen vill vi att de folkvalda väljer det alternativ som de bedömer lämpligast, säger Lars-Magnus Andersson.

Han avslutar med en kort reflektion kring processtyrning. Den kan vara bra och skapa lika vård för vissa tillstånd, till exempel diabetes, där det är enkelt att få fram ett vetenskapligt stöd för behandling som bör gälla hela landet. Men ändå kanske den passar bara 80 procent av patienterna. Problemet är alla de andra tillstånd som inte passar in i processerna.

Försöker man göra detta för alla sjukdomar blir det inte bra och redan nu ser man tendenser till att kunskapsstyrningen medför att resurserna kommer att gå till de stora sjukdomarna där det finns processer och där det också finns starka patientföreningar, säger Lars-Magnus Andersson.

Arbetsgivarpolitik och etik: Vad säger forskningen om sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet?

Lisa Smeds Alenius

Sjuksköterska och med dr, Karolinska institutet

Åtta till tio procent av alla sjukhuspatienter drabbas av vårdskador. 60 procent av dem skulle kunna undvikas med bättre bemanning och förebyggande arbete. Förutom allt lidande och förlorade skatteintäkter, skulle det innebära 900 000 färre vård dagar till en ungefärlig kostnad på nio miljarder kronor per år.

Lisa Smeds Alenius tar i sitt föredrag upp samband mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet. Utgångspunkten är ”undvikbara” vårdskador, det vill säga skador som tillfogas patienten i kontakten med vården och som hon förklarar delvis beror på styrning och organisation.

Hon är sjuksköterska och medicine doktor, verksam vid Karolinska Institutet i forskargruppen Ledarskap i sjukvård och akademi på Medical Management Center vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik. Lisa Smeds Alenius forskningsfokus är hälso- och sjukvårdsorganisationer och arbetsmiljöns betydelse för vårdkvalitet och patientsäkerhet på akutsjukhus. Hon är också intresserad av hur arbetsprocesser och vårdkompetens kan användas på ett optimalt sätt för att främja en god och säker vård för patienterna.

Lisa Smeds Alenius pratar under rubriken ”Arbetsgivarpolitik och etik: Vad säger forskningen om sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet?”. Vad vet vi om säker bemanning, om betydelsen av chefers och ledningens agerande, om teamets betydelse? Och hur påverkar bristande arbetsvillkor personalen? Lisa Smeds Alenius

väljer att ta utgångspunkt i en ögonblicksbild, genom en akutsjuksköterskas egen berättelse.

En frustrerad bild av verkligheten

”Jag arbetar ofta natt. Då är jag ensam sjuksköterska som tillsammans med två undersköterskor har patientansvar för 26 patienter. Ofta har vi överbeläggningar vilket kan resultera i att jag ska ansvara för 29 patienter. Det är en kirurgavdelning med tre opererande verksamheter, så vi har många nyopererade patienter som kan vara i mycket dåligt skick. Jag får ofta lämna avdelningen för att hämta patienter på ’postop’ och då finns ingen sjuksköterska på avdelningen. Vi som jobbar natt har påpekat att situationen är ohållbar. Patienterna kan inte övervakas på ett adekvat sätt. De får ofta vänta länge på smärtlindring och vi har i princip ingen möjlighet att hantera mer än en riktigt dålig patient i taget. Vi får dessutom ofta upp patienter som egentligen kräver IVA-vård, men när de har fullt måste vi ta emot de patienter som är minst dåliga. Detta är vi inte bemannade för, men trots våra högljudda protester ignorerar ledningen våra synpunkter.”

Det är den verkligheten många jobbar i, konstaterar Lisa Smed Alenius, och gör lyssnarna uppmärksamma på att det här inte är en berättelse från pandemitiden utan innan.

Jag tycker sjuksköterskan beskriver hur små marginalerna är och att det väldigt enkelt kan bli fel. Visserligen finns en arbetsmiljölagstiftning och det finns rekommendationer kring arbetsmiljön, men det är inte alltid de tar upp det som krävs för att ge förutsättningar att faktiskt utöva sitt yrke, säger Lisa Smeds Alenius.

Arbetsmiljöns betydelse för personal och därmed för patienter

I sin forskning undersöker hon vad det är för organisatoriska faktorer som ger förutsättningar att faktiskt kunna utöva sitt yrke, att göra det som man är utbildad för och att få använda hela sin kompetens. Genom en bild visar hon sambandet mellan arbetsmiljö, personal och patienter. Till exempel visar forskningen att kvaliteten på teamarbete har stor betydelse för hur utfallet blir för patienterna. I akuta situationer och vid operationer finns tydliga team, men även om det finns önskemål om att också vårdavdelningarna ska jobba i

team så är frågan vilka som ska ingå i teamet och om det finns möjlighet att jobba ihop sig.

Ledarskap, både på övergripande och nära nivå, har också betydelse för patientsäkerheten. Årets floskel för några år sedan var ”patientsäkerheten är inte hotad”. Då undrar man längre ner i organisationen ”vilket sjukhus jobbar du på och varifrån kommer det där?”, säger Lisa Smeds Alenius som ett exempel på avstånd mellan ledning och praktikens realiteter.

En annan faktor som påverkar patientsäkerheten, säger Lisa Smeds Alenius, är tydligheten i de olika yrkesroller som finns inom vården. Om mandat och ansvar är tydliga, liksom den enskildes roll i patientflödet och vården kring patienterna, så blir det också en tydligare överlämning till en annan profession som ska möta patienten i nästa led i vården.

Lisa Smeds Alenius talar också om ”workflow” och ”workarounds”. ”Workarounds” är när personalen kringgår rutiner och täcker upp för att göra det bästa för patienten. Det kan vara en patient som kommer upp från akuten och som måste ha en kudde under en arm för att hålla den i rätt läge. Men så finns inga kuddar och då blir lösningen att behålla kudden från akuten, som i sin tur blir av med en kudde. Det fixas för den här gången med hjälp av den goda viljan, däremot inte med stöd av strukturen.

Bemanning är en central komponent

En annan viktig fråga för patientsäkerhet är bemanning.

Till skillnad från i många andra länder talas det ganska tyst i Sverige om bemanningsnivåer, men det är en central komponent som påverkar många olika delar av vården både för personal och patienter, säger Lisa Smeds Alenius.

För personalen handlar tillräckligt med personal om att kunna göra sitt jobb, äta lunch och hinna gå på toaletten, men också om att hinna ha ett kollegialt utbyte och lära av varandra.

För nyanställda betyder tillräckligt med personal att faktiskt få möjlighet att vara ny och inte kastas in i sammanhang, där man behöver ta större ansvar än vad man känner att man klarar av.

Forskningen visar att det är olika hur många kolleger man vill ha i ryggen, men att det är avgörande för personalens välbefinnande att det är tillräckligt många. Forskningen visar också att bemanningen

påverkar arbetsglädje, risk för utbrändhet, förmåga att hantera kriser och om man väljer att stanna eller gå. Vid många föränderliga omständigheter är det kollegerna man nämner. Det är de som gör att man står ut och överlever sin arbetsdag. De har också avgörande betydelse för att man ska kunna balansera arbete och privatliv. Bli man uppringd för att rycka in för att det fattas personal just som man är på väg till ett barnkalas blir man inte särskilt motiverad, konstaterar Lisa Smeds Alenius.

Också patienterna drabbas när bemanningen är för låg och när viktiga arbetsmiljöfaktorer inte fungerar. Följderna är många. Det kan vara ökad risk för fall om ingen personal har tid att gå med patienter som är ostadiga. Risken för trycksår ökar, liksom infektioner som kan bli dödliga. Vårdtiderna blir längre, vårdkvaliteten sjunker och risken för återinskrivningar ökar för att patienterna skickas hem för tidigt.

När forskarna tittar på vårdrelaterad patientdödlighet, så utgår de från patienter som inte genomgår högriskoperationer. Man tittar i stället på till exempel knäoperationer, eller okomplicerade kärloperationer. Sedan räknas andra riskfaktorer bort, som till exempel hög ålder. Den variation i dödlighet som blir kvar har att göra med förutsättningarna i organisationen och det har stöd i 40 års forskning, enligt Lisa Smeds Alenius.

Att få utöva sitt yrke så som det är tänkt

För personalen innebär otillräcklig bemanning högre arbetsbelastning med ökad risk för stress och utbrändhet. Det blir också tydligare att man oftare lämnar sjukhuset för att söka sig någon annanstans, där det kanske är bättre och mera familjevänligt, och där det finns möjlighet att utöva sitt arbete så som det är tänkt. För sjukhuset betyder det att alla vårdplatser inte kan hållas öppna. Lisa Smeds Alenius påpekar att en vårdplats inte bara är en säng, dem finns det gott om, utan det handlar om att kunna bemanna vårdplatserna. Till sammans med ökade kostnader för vårdtid, kan det också innebära att det behövs ytterligare ingrepp och behandlingar som i sin tur innebär ökade kostnader för sjukhuset, säger Lisa Smeds Alenius.

Så vad går det att göra åt att personal tenderar att lämna en arbetsplats allt fortare, samtidigt som 80 procent av arbetsgivarna rapporterar brist på läkare och sjuksköterskor?

En styrka i sammanhanget, poängterar Lisa Smeds Alenius är att sjuksköterskor ofta är väldigt nöjda med sitt yrke, men däremot inte med arbetsplatsen. Men att höja bemanningen räcker inte om det inte samtidigt arbetas med arbetsmiljön. Då först kan ökad bemanning ge effekt.

Det vi också har sett är att det kan finnas organisatoriska hinder och en upplevelse av bristande formellt handlingsutrymme och yrkesmässig befogenhet att besluta om den vård man ger utifrån sin professionella kompetens. Alla vill ha och kunna ge god och säker vård, men man tycker att man saknar möjligheten att påverka förutsättningarna, säger Lisa Smeds Alenius.

”Magnetsjukhus”

Också i USA råder nationell sjuksköterskebrist. I början av 80-talet då situationen var densamma identifierade man att vissa sjukhus var bättre än andra i samma område på att dra till sig och behålla sina sjuksköterskor. Sedan dess har det blivit en ackreditering i USA, där sjukhus som uppfyller vissa krav får ett slags Magnet-stämpel.

Studier visade att personalen på de sjukhus som var attraktiva tyckte att de där fick använda hela sin kompetens, det vill säga göra det de utbildat sig för. Strukturen gav sjuksköterskorna befogenheter och mandat att handla utifrån sin profession och omvårdnaden var representerad på alla ledningsnivåer. Effekten blev att också andra yrkesgrupper drogs till dessa ”magnetsjukhus”, eftersom de gav möjlighet att jobba med kliniskt duktiga kolleger. Studier över 40 år visar bättre resultat för både patienter och personal på Magnetsjukhusen jämfört med icke-Magnetsjukhus i samma områden.

Just nu pågår ett EU-finansierat projekt, Magnet4Europe, där 66 akutsjukhus i Irland, England, Belgien, Tyskland, Sverige och Norge arbetar för att omvandlas till magnetsjukhus. I Sverige deltar akutsjukhusen i Malmö/Lund, Kalmar, Södertälje och Uppsala.

Lisa Smeds Alenius berättar att modellen i USA har varit inriktad på sjuksköterskebrist med omvårdnad i fokus, men att angreppssättet i Europa är mer tvärprofessionellt. En del gör stora, organisationsövergripande förändringar, medan andra väver in förändringar i

det de redan gör. Viljan att förändra varierar. Det är många olika makter och viljor som ibland hamnar i konflikt. Det kan vara mellan professioner men också gälla vad förändringen faktiskt innebär. Hur det landar i Sverige är ännu en öppen fråga.

Var får de etiska övervägandena plats?

I samtal med moderator Christina Garsten konstaterar Lisa Smeds Alenius att det finns en administrativ trötthet hos många i vårdpersonalen. De tycker inte att de får göra det som är själva yrket, utan att de fastnar i olika mätningar, trots att de ser att många viktiga saker för bra vård inte låter sig mätas.

Och om organisationen ställer förväntningar genom att mäta vissa saker, så finns ju risken att man gör mer av det som syns och mäts och därigenom missar mycket annat, säger Lisa Smeds Alenius.

Christina Garsten ställer frågan om mätningarna till och med kan innebära att man som vårdpersonal tvingas bort från etiska överväganden.

Ja, det tror jag. Samtidigt finns en väldigt djup förankrad lojalitet mot patienten och det är det som arbetsgivarna kan leva lite på. Samtidigt kan jag känna att det finns risk för att man som vårdpersonal skjuter sig själv i foten när man löser allt hela tiden, eftersom det som inte fungerar därmed inte kommer fram, säger Lisa Smeds Alenius.

Hennes slutsats är att vårdpersonalens mandat att besluta det som direkt berör verksamheten är något centralt, men som till stor del saknas i Sverige.

Jag tror det behövs fler professioner representerade på olika ledningsnivåer, att olika aspekter på vård får komma fram där besluten fattas. För även om det görs ett fantastiskt kirurgiskt ingrepp, så överlever ändå inte patienten om man inte tänker på det som kommer före och efter, säger Lisa Smeds Alenius.

Vilken roll har etiska mål och värden i lagstiftningen?

Titti Mattsson

Professor i offentlig rätt, Lunds universitet

Etiska mål och värden har en central del i den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården och dess tillämpning, men ibland tycks olika normsystem hamna på kollisionkurs med varandra. Hur kan detta påverka patienter och styrning?

Redan tidigt i sin föreläsning gör Titti Mattsson klart att etik och juridik har nära och varma beröringspunkter, men hon vänder sig emot att jurister kallas etiker. Däremot önskar hon att jurister och etiker skulle ha ett närmare och tidigare samarbete.

Titti Mattsson är verksam som forskare och lärare vid juridiska fakulteten vid Lunds universitet och också prodekan för forskningen där. Hennes forskningsområden är socialrätt, medicinsk rätt, barnrätt, äldrerätt och mänskliga rättigheter. På ett övergripande plan behandlar hennes forskning rättsliga, sociala och etiska frågor som rör offentligrättslig verksamhet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Titti Mattsson är också styrelseledamot vid Institutet för mänskliga rättigheter och redaktör för ”European Journal of Health law”. Hon är även sakkunnig i Smer.

Titti Mattsson tar utgångspunkt i de etiska mål och värden som finns i hälso- och sjukvårdslagstiftningen och den roll de har – ett nära men komplicerat område, konstaterar hon och lägger till att det knappast låter sig göras på 20 minuter. Dock finns en avgränsning för dagens föredrag och det är styrning av hälso- och sjukvården med dess dilemman och möjligheter.

Nära koppling mellan etik och juridik

Allmänt sett finns etiska mål och värden i lagstiftningen på många områden, vilket inte alltid är okomplicerat. Vad innebär det att integrera ett etiskt mål eller ett etiskt värde i lagstiftningen? Och är det samma sak? I till exempel 3 kap. 1 § brottsbalken finns en bestämmelse om att den som berövar annan livet döms för mord. Samtidigt finns en dråpbestämmelse där det inte ses som en lika allvarlig handling att ha tagit någons liv. I etiken förkastas dödandet oavsett omständigheter, men i juridiken ses det på annat sätt. Bedömningarna av dödandet behöver alltså inte vara identiska och därför blir det en kraftig förenkling att kalla jurister för etiker. Det vore att ”ge jurister en roll vi kanske inte riktigt kan hantera”, säger Titti Mattsson. Hon beskriver etiken som ett ganska annorlunda verktyg än juridiken, där den senare i dess vardagliga tillämpning kan vara ett ganska konkret verktyg för att skapa struktur i vardagen. Däremot finns en mycket nära och viktig koppling. Det finns exempelvis många etiska mål och värden i lagstiftningen och det är juridikens uppgift att applicera dessa och realisera dem.

Ibland är de etiska värdena tydligt uttryckta i lagstiftningen, som till exempel principen om människovärdet. Det är både en etisk norm och en rättsregel och återfinns i både regeringsformen, hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Det etiska värdet kan vara olika formulerat, vilket kan ställa till det för juristerna som vill tolka lagen bokstavligt eller utifrån en särskild situation. Men till skillnad från etiken har rätten tydliga hierarkier, förklarar hon. Det kan innebära att etiska värden får olika tyngd.

Jurister vill gärna sätta de rättsliga styrmedlen i någon slags ordning eller maktstruktur, där något är viktigare än det andra. Det blir en slags fallande trappa, där vi börjar med att söka högst upp, säger Titti Mattsson.

Med hjälp av en bild ger hon exempel på en sådan. Först kommer grundlagarna och främst regeringsformen, sedan nationell ”vanlig” lag inom olika rättsområden som till exempel hälso- och sjukvårdslagen och lagar som styr valfrihet, offentlig upphandling med mera. Därefter kommer föreskrifter och annan reglering av lägre valör. Dessutom finns en mängd andra lagar och regler som påverkar hälso- och sjukvården, men som inte handlar specifikt om den. Ett exempel är aktiebolagslagen. Det finns också viktiga bestämmelser i regeringsformen, som till exempel skydd mot kroppsliga ingrepp, skydd

mot att få vård mot vår vilja vid somatiska sjukdomar, eller att bli frihetsberövad utan tydligt stöd i lagen.

Internationella regelverk kan skapa svåra tolkningssituationer

Titti Mattsson lägger också till den styrning som sker genom internationella regelverk inom området mänskliga rättigheter och som kompletterar våra grundlagsstadgade fri- och rättigheter i regeringsformen. Det finns en rad betydelsefulla internationella konventioner som till exempel FN:s konventioner, den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och medicinskrättsliga konventioner. FN:s konvention om barnets rättigheter – numera även svensk lag – är ett exempel som kan illustrera vilka svårigheter som kan uppstå när en myndighet ska hantera en konvention som handlar om mänskliga rättigheter. Kan till exempel Kronofogdemyndigheten vräka en familj med barn från sin bostad, utan att bryta mot barnkonventionen? Och hur gamla ska i så fall barnen vara för att få skydd enligt den? Eller har myndigheterna skyldighet att finna dem en annan bostad för att leva upp till barnkonventionen?

För svenska myndigheter är det ganska nytt att hantera en internationell reglering som styrs av mänskliga rättigheter, förklarar Titti Mattsson.

Det anglosachsiska rättssystemet är däremot mer vana vid att hantera den sortens abstrakta principer, medan vi i Sverige har haft tillräckligt svårt att realisera regeringsformen på myndighetsnivå, säger hon.

Också den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna ställer en rad frågor som är viktiga för styrningen av hälso- och sjukvården och dess dagliga arbete, och det finns även en rad medicinskrättsliga konventioner på europeisk nivå. Titti Mattsson känner sig också rätt så säker på att en äldrerättskonvention är att vänta framöver, i kölvattnet av pandemin. Coronakommissionen visade att det fanns en rad problem när det gällde äldres rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården i Sverige, och det pågår just nu en utredning om detta.

Det goda beslutet

Titti Mattsson tar också upp den materiella rättssäkerheten, som handlar om det goda beslutet och som ska vara en del av den dagliga verksamheten. Ofta talar vi om den formella rättssäkerheten, till exempel i termer av att ”han fick en advokat”, eller att ”hon fick yttra sig i rätten”. Däremot talas mera sällan om vad som är ett gott beslut.

Formalia är lättare att kontrollera, men jag skulle vilja säga att den materiella rättssäkerheten är en del av det vi talar om i dag. Där kommer etiken in på alla nivåer, inte bara i domstolen utan också när man applicerar hälso- och sjukvårdslagen eller patientlagen – vad är det goda beslutet? säger Titti Mattsson.

Titti Mattsson går vidare till tillvägagångssättet och börjar med den formella rättstillämpningen, som hon beskriver som den mest rationella. Den är en ”om ... så ...”-tanke, vilket innebär att ”om detta händer, så blir detta konsekvensen”, till exempel att ett visst brott ger fängelse. Vid sidan om denna finns den materiella rättstillämpningen, som handlar om att etiska värden och principer också ska in i bedömningen av det enskilda fallet.

Vi kan alltså inte bokstavligen tolka hälso- och sjukvårdslagen, utan de etiska värdena och målen ska också in i analysen av det enskilda fallet. Här finns ju särskilt de etiska principerna som kan handla om människovärdet och/eller autonomi-, godhets- och solidaritetsprincipen, säger Titti Mattsson.

Är det lagstiftat finns mer att luta sig emot, men så är det inte alltid.

Det här är ju inte helt lätt och många gånger kan det finnas flera alternativa tillvägagångssätt. Det kan också bli så att man hamnar i en situation där det inte finns tillfredsställande lösningar, säger Titti Mattsson.

Överhuvudtaget är implementeringen av etiska mål och värden i hälso- och sjukvården svåra för rättstillämpare just av den anledningen.

Många värden av olika karaktär

Det finns en mängd mål och värden i sjukvårdslagstiftningen. Vissa av dem är tydligt uttryckta i lag, som till exempel i form av regler om god och systematisk kvalitet, samråd med patienter och samverkan med andra aktörer. Andra är mer övergripande, som god hälsa och

vård på lika villkor. Vissa har funnits länge, andra har tillkommit senare, som till exempel lagen om valfrihetssystem och regler om en starkare betoning på ekonomisk effektivitet. ”Många styrsystem ska ju inte bara ge god vård, de ska också vara effektiva och skapa en effektiv verksamhet”, konstaterar Titti Mattsson. Andra lagar uppställer mål som handlar om grundläggande patientsäkerhet, som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hur ska då alla dessa mål och värden som finns i lagstiftningen kunna förverkligas?

Det är inte helt enkelt, eftersom många mål inte är rättsligt utkrävbara. Det ställer till det eftersom juristerna är vana att hantera frågor där det finns en rätt som man kan utkräva på olika sätt, säger Titti Mattsson.

Men mycket av sjukvårdsrätten hanteras inte i domstolarna, utan ska implementeras av regioner och kommuner, av vårdgivare – både privata och offentliga –, och av hälso- och sjukvårdspersonalen. Därtill kommer andra myndigheter, som till exempel Folkhälsomyndigheten. Svenska domstolar hanterar sällan mål som rör hälso- och sjukvården, konstaterar Titti Mattsson. Bara inom vissa områden har de en funktion att fylla, såsom exempelvis straffrätten. Men den är annars ganska begränsad, sammanfattar hon.

Lagstiftaren har förstås också till uppgift att följa de etiska målen och värdena inom hälso- och sjukvården.

Där kan vi, antingen vi sitter på universitet eller myndigheter, påtala att nya lagförslag inte följer eller är i enlighet med vissa mål och värden. Det gör vi också ganska ofta, i till exempel remissvar, säger Titti Mattsson.

När lagstiftningen ska förverkligas så ska etiska principer, exempelvis människovärdesprincipen, som uttrycks i grundlagarna och andra lagar såsom hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen, få genomslag i det konkreta fallet. Det kan vara lätt för en jurist att tycka till om, men svårare att realisera i praktiken i en hårt belastad verksamhet, och just därför är styrningen viktig, förklarar Titti Mattsson. Värden är inte rättsligt utkrävbar, vilket innebär att en individ inte har rätt att få patientstatus och att patienten inte har legala rättigheter som patient generellt. I stället är det hälso- och sjukvårdspersonalen som har getts skyldigheter enligt lagarna som de lyder under. Ansvaret att uppfylla dessa krav och bestämmelser för hälso- och sjukvården ligger hos huvudman och

vårdgivare. Detta ansvar gäller också om verksamheten överlåtits till någon annan. Samtliga – både personal och politiker – har att följa lagen.

Risk för problem

Det pågår alltså både en politikerstyrning och en professionsstyrning på samma gång, konstaterar Titti Mattsson.

Här finns en otydlig konstruktion av ”bygget” av den offentliga hälso- och sjukvården, vilket återspeglar mycket av det som sagts i dag. Det är också otydligt vilka regler som gäller för vem och det finns inga domstolar som tolkar när det är otydligt. Det finns heller inget fullgott sanktionssystem, så här har vi ett diskussionsämne, säger Titti Mattsson.

Hon hänvisar till en studie som beskriver intensivvårdsavdelningarna i Lund och Malmö under pandemin, som orsakade en djupgående kris för verksamheten. Personalen ställdes inför svåra etiska problem och avvägningar, men efter en tid av splittring och brist på tillit växte nya samarbetsformer fram. Det blev en positiv utveckling, som förklaras med personalens stora initiativförmåga och tillit till varandra, chefernas tilltro till personalen och anpassning av arbetet till grundläggande mål och värden. Det fanns också möjligheter till flexibilitet i organisationen och ganska stort handlingsutrymme. Det var alltså en brist på regler som skapade en positiv utveckling.

Så mitt tips är inte att reglera mer, utan att reglera tillsammans med verksamheten och att sedan se till att reglerna kan efterföljas i praktiken, säger Titti Mattsson.

Moderator Christina Garsten tar utgångspunkt i beskrivningen av de många olika mål och värden som Titti Mattsson talat om och frågar hur man ska kunna skapa reda i detta så att de etiska frågorna kan ställas.

Jag säger som jag gjorde nyss. Det viktiga är att vi arbetar tillsammans. Jurister kommer ofta in när det gått snett, men jag skulle vilja att de plockades fram redan från början. Om etiken och juridiken kan arbeta mer tätt tillsammans inom hälso- och sjukvården, så har vi ett stort och viktigt stöd av varandra, säger Titti Mattsson.

Etikreflektioner beträffande vårdens styrning

Göran Hermerén

Professor emeritus i medicinsk etik, Lunds universitet, f.d. sakkunnig i Smer

Vilka är målen för sjukvårdens styrning och hindren för att uppnå dem? Hur kan dessa hinder undanröjas? Värderingarna spelar roll både när mål för en bra sjukvård formuleras och för att vi ska förstå hindren. Ett etiskt kunskapslyft behövs.

Göran Hermerén är seniorprofessor i medicinsk etik vid Lunds universitet. Han har varit sakkunnig i Smer och också haft många internationella uppdrag, bland andra som ordförande i ”European Group on Ethics” i Bryssel. Göran Hermerén har också skrivit boken ”Det svårfångade människovärdet”, utgiven av Smer 2012, och medverkat i flera av Smers rapporter, 2019 i en rapport om styrmodeller i hälso- och sjukvården med förslag till en modell för etisk analys och 2020 i rapporten ”Etiska vägval vid en pandemi.”

Styrningens många aspekter

Göran Hermerén inleder med att tala om hur komplex styrningen av sjukvården är och hur många aspekter som måste vägas in. Styrning kan ske genom ekonomi, lagstiftning, försäkringar och information, men också genom att skapa trivsamma arbetsplatser. Frågan är också var och på vilken nivå styrningen sker och vem som styr och vem som styrs. Hur styrningen sker är en annan central fråga. Hur detal-

jerad är styrningen och hur ser ansvarsfördelningen ut? En ytterligare fråga rör styrningens effekter för patienter och folkhälsa.

Göran Hermerén vill i sin föreläsning identifiera mål och hinder vid styrning av sjukvården samt identifiera de bakomliggande värderingar och värdekonflikter som finns inom och mellan de olika styrsystemen. Dessa värdekonflikter visar behovet av etikutbildning.

Mål, hinder och lösningar – en mångfacetterad bild

För sin mål- och hinderanalys tar han utgångspunkt i fyra frågor. Var befinner vi oss just nu? Hur ser målen ut, vart vi vill komma? Hur ser hindren ut för att nå dit vi vill? Och hur kan vi undanröja hindren? Han beskriver detta som en förenklad bild av ett tänkesätt.

I verkligheten finns det många mål som drar åt olika håll, det finns olika beskrivningar av nuläget och många olika intressen, så bilden blir raskt komplicerad. Och de problem jag ska tala om är ju inte påhittade, utan något vi ofta blir påmind om, säger Göran Hermerén.

Han hämtar exempel från ett färskt nummer av tidskriften Sjukhusläkaren, där en intervju med sjuksköterskor på Södersjukhuset tar upp just de problem som Lisa Smeds Alenius tidigare under dagen beskrivit i sin forskning. Sköterskan som intervjuas beskriver en vardag i fullständigt kaos och har bestämt sig för att sluta. Och är det kaos, så är det något som inte fungerar i vården, säger Göran Hermerén.

Han pekar på att det också finns en rad underförstådda värderingar i olika frågeställningar, till exempel i frågan ”Vilken etisk kompetens behöver beslutsfattare i hälso- och sjukvården?”. Den blir omöjlig att svara på om det inte är klart vad som ska uppnås, säger Göran Hermerén. Är det rättvisa, bättre folkhälsa, bättre patientsäkerhet eller något annat? Är inte ändamålet klart så hänger hela diskussionen i luften.

Nästa avsnitt i dramat handlar om målen för hälso- och sjukvården och målen för styrningen av hälso- och sjukvården. Han jämför med fotboll, där uppgiften är lätt att förstå. Varje lag spelar mot ett mål och det gäller att få in bollen i det målet. Frågan är då om det finns ett mål för verksamheten inom vården, för alla patienter och alla nivåer, det vill säga nationellt, regionalt och lokalt. Man kan känna sig tveksam inför den frågan, säger Göran Hermerén. Möjligen går det om man uttrycker sig tillräckligt abstrakt och generellt. Det skulle

kunna vara: Lika möjligheter – att minska skillnaderna mellan människors chanser att uppnå god hälsa. Samma utfall – att reducera bristen på jämlikheten när det gäller hälsa. Rättvis fördelning – att fördela hälso- och sjukvårdens resurser rättvist.

Hälsa – ett ord med många definitioner

När sjuksköterskorna formulerat övergripande mål för hälso- och sjukvården på nationell nivå, så är de just övergripande – främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, lindra lidande. Men om det finns tretton definitioner av hälsa och det är oklart hur livskvalitet förhåller sig till hälsa, så döjs också flera mål i detta, menar Göran Hermerén.

I centrala dokument finns övergripande målformuleringar som till exempel ”respekt för patientens självbestämmande och integritet” och att sjukvården ”så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten”. Där finns också formuleringar som ”vård på lika villkor för hela befolkningen” och ”respekt för alla människors lika värde och den enskilda människan värdighet”. I hälso- och sjukvårdslagen slås också fast att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Det är lätt att tro att man är överens och lägger samma innebörd i dessa ord, men ofta gör man ju inte det. Då finns både en risk för skenbar enighet och skenbar oenighet. Att tolka och tillämpa sådana mål kräver etisk kompetens, säger Göran Hermerén.

Naturligtvis finns det en diskussion som ligger bakom och motiverar de här målen och vilka värden de bygger på, men den diskussionen finns inte med i texterna.

En skillnad mellan hinder för bra sjukvård och för styrning av bra sjukvård

Göran Hermerén gör en distinktion han tycker är viktig – han vill skilja på hinder för en bra sjukvård och hinder för styrningen av en bra sjukvård. Ett styrsystem handlar om sjukvårdens uppgift – att bota om det går, lindra om det inte går att bota och att annars trösta. Den motiveringen är viktig att inte tappa bort, säger han. Det är det som är vårdens syfte och kärna.

Så hur förhåller sig då kriterierna för god hälso- och sjukvård och kriterierna för god styrning av hälso- och sjukvård? Det är viktigt, säger Göran Hermerén, att både de som styr och de som berörs av styrningen engageras och informeras tillsammans och att skäl ges för den styrning som föreslås. Dessa skäl ska sedan förstås och accepteras av majoriteten av de berörda.

Vems ansvar är det? Göran Hermerén räknar upp allt från regering och riksdag till Socialstyrelsen med flera som ska fatta beslut som anses tillförlitliga.

Tre typer av villkor ska vara uppfyllda för bra och ändamålsenlig styrning, anser han. De är värdetranparens, effekt och enkelhet. Transparens innebär att ändamålen är tydligt redovisade. Kravet på effekt innebär att det finns evidens för att den föreslagna styrningen leder till att ändamålet uppnås. Kravet på enkelhet innebär att det inte finns något billigare, snabbare eller bättre sätt att göra det på.

Villkoren för bra styrning drar åt olika håll

Göran Hermerén tittar närmare på de olika villkoren. Det första – ändamålet – har gång på gång visat sig dra sig åt olika håll. Det finns konflikter i systemen och mellan systemen. Ändamålen varierar ofta utifrån sammanhang och kan behöva tolkas. Vad gäller effekter av insatserna, refererar han till flera av dagens tidigare föreläsare som varit inne på att vad som verkligen kommer ut av insatserna är lite av ett svart hål. Så frågan är hur tillförlitlig och robust evidensen är. Göran Hermerén betonar att här står etiken i centrum. Det är inte bara en kunskapsteoretisk fråga utan också en vårdfråga.

Ju större risken är för en skada på grund av ett beslut, desto viktigare blir det att kräva att evidensen är tillförlitlig och robust, säger Göran Hermerén.

Det tredje villkoret för bra och ändamålsenlig styrning är enkelhet, det vill säga att de beslut som fattas är det billigaste, snabbaste eller etiskt mest godtagbara sättet att uppnå målet. Men, poängterar Göran Hermerén, det här är inte ett villkor utan flera som dessutom ofta spretar och drar åt olika håll. Detta villkor har också starka etiska implikationer. Det snabbaste behöver inte vara det billigaste och det billigaste behöver inte vara det mest etiskt godtagbara, vilket i sin tur inte behöver vara det mest politiskt korrekta.

Hindren som omöjliggör och försvårar

Så hur ser då hindren ut? Göran Hermerén talar både om hinder som omöjliggör en ändamålsenlig styrning och hinder som försvårar en sådan styrning.

Kunskapsbrist är ett av dem. Göran Hermerén ställer frågan i vilken grad en vald styrmodell gör det möjligt att närma sig de mål som är beslutade på olika nivåer och som dessutom kodifierats i lagar, förordningar och föreskrifter. Vad vet vi? Vad tror vi och vad hoppas vi? Detta är viktigt att skilja på. Det finns dessutom konflikter mellan exempelvis ekonomi och etik, mellan olika etiska principer och mellan regelverk och etik.

Det blir väldigt olika om man först bestämmer budgeten och sedan ser vilka värderingar den visar, eller om man utgår från värderingar och mål och låter dem påverka budgeten, säger Göran Hermerén.

Göran Hermerén refererar till etikprisvinnaren Erica Falkenström, som i sin forskning visar att etisk kompetens är en bristvara. Han menar att denna brist hos politiker, tjänstemän och professioner kan påverka styrningen negativt, så att verksamhetens mål inte uppnås eller uppnås i mindre grad. Men vad menas då med etisk kompetens? Ett sätt att närma sig frågan är att se vad en person eller grupp saknar. Då kan man lista ett antal faktorer som är nödvändiga, men inte tillräckliga för etisk kompetens i kvalificerad mening. Rent filosofiskt kan man också ställa frågan om etisk kompetens är ett begrepp som består av många olika komponenter, eller om det är flera begrepp.

Att förstå vilka värden som står på spel

En grundläggande del av etisk kompetens är enligt Göran Hermerén att kunna uppfatta det moraliskt problematiska i en situation och att inte vara likgiltig för andras lidande. Men det är inte tillräckligt för att vara etiskt kompetent. Det är också viktigt att kunna ge skäl för sina beslut, vilket innebär att förstå vilka etiska värden som står på spel och att kunna identifiera och analysera dem. Nödvändigt är också att kunna söka relevant och tillförlitlig evidens och värderingar för de handlingsalternativ som förespråkas, för att kunna handla utifrån det och ta ansvar.

Om det nu saknas etisk kompetens – hur ska den kunna byggas upp? Etik handlar inte om att tycka till, säger Göran Hermerén. Det finns metoder, kunskaper och verktyg. Dessutom ger träning färdigheter. Kunskap kan skaffas genom att läsa på, färdigheten kan övas upp genom att analysera kniviga fall. Man behöver också rätt inställning och motivation och det kan till exempel utvecklas genom rollspel.

Ett annat hinder är bristfälliga förklaringar. De som använder olika styrmodeller och de som påverkas av dem bör informeras om modellerna och deras konsekvenser. Styrmodellens fördelar, liksom deras nackdelar, bör göras tydliga. Viktigt är också att lyfta kunskapsluckorna och den osäkerhet som kan finnas i olika modeller.

Göran Hermerén väcker också frågan om korrupcion är ett hinder. Förvisso inte i vår självbild, trots några aktuella fall som diskuterats i media, men det kan ändå finnas skäl att vara uppmärksam eftersom korrupcion sätter marknadsmekanismerna ur spel.

Att styra en fullriggare var inte enkelt, men ombord på skeppet fanns en tydlig beslutsordning där alla visste vad de skulle göra. Så är det inte i sjukvården, som är svår att styra av många olika skäl. Dels finns oklarheter i tolkning och tillämpning, dels råder brist på etisk kompetens och brister i kunskap och förklaringar. Sjukvården är ett komplext system med många beslutsfattare med olika viljor.

Att erkänna osäkerhet kan väcka tillit

Hur kan då dessa brister hanteras?

Att veta vad vi inte vet skärper vaksamhet och uppmärksamhet. Det är också positivt för tillit och säkerhet. Om politiker lite oftare flaggade för detta, är jag övertygad om att förtroendet för dem skulle växa, säger Göran Hermerén.

I bristen på etisk kompetens anser Göran Hermerén att det vid sidan om en individuell även finns en kollektiv dimension, eftersom man också fattar beslut i grupp. Värdekonflikter kan undanröjas eller göras tydliga genom öppna och sakliga dialoger kring värdefrågor, alternativ och konsekvenser. Det är viktigt att detta sker i god tid innan besluten ska fattas. Det är också viktigt att förklara de beslut som tas, redogöra för skälen och göra ansvarsfrågan tydlig.

Göran Hermerén avslutar sin föreläsning med att tala om artificiell intelligens (AI) och dess roll i styrningen av hälso- och sjuk-

vård. De problem som han tagit upp i styrningen av sjukvården är också relevanta när AI används för att lösa exempelvis prioriteringsproblem.

Moderator Christina Garsten frågar varför vi inte redan tränar etisk kompetens om det nu är så viktigt.

Det är en fråga som egentligen borde ställas till berörda tjänstemän, politiker och professioner. Personligen tror jag inte att viljan saknas, men det måste finnas någon som är intresserad och engagerad, säger Göran Hermerén och ger pristagaren Erica Falkenström en eloge för hennes bidrag till diskussioner som på ett positivt sätt påverkat efterfrågan.

Vilka åtgärder är möjliga och önskvärda att vidta för att få till stånd en mer ändamålsenlig styrning av sjukvården?

Bo Rothstein

Professor emeritus i statsvetenskap, Göteborgs universitet

Svenskar har stort förtroendet för sjukvården och dess personal. Däremot är förtroendet mycket lågt för hur sjukvården styrs, vilket kan förklara att sjukvården är den fråga som svenska väljare sätter högst på dagordningen i val efter val.

Bo Rothstein, professor emeritus vid Göteborgs universitet, tar utgångspunkt i denna skillnad i sin föreläsning på etikprismottagarens seminarium. Han är statsvetare och har bland annat forskat om de politiska institutionernas kvalitet, välfärdspolitik, social tillit, korruption, fattigdomsbekämpning, arbetsmarknadspolitik och intresseorganisationer. Han är aktiv i samhällsdebatten i frågor som bland annat rör styrning, demokrati, populism och demokratins utmaningar. Bo Rothstein föreläser på temat: "Vilka åtgärder är möjliga och önskvärda att vidta för att få till stånd en mer ändamålsenlig styrning av sjukvården?".

Det glömda valet

Bo Rothstein börjar med att berätta att hela 50 procent av svenskarna anger att de har lågt förtroende för de ansvariga politikerna inom sjukvården. En studie av OECD visar också att när det gäller

tillgänglighet, väntetider och personal i sjukvården, så ligger Sverige uppseendeväckande lågt jämfört med andra länder.

Hans utgångspunkt för att diskutera sjukvårdens styrning är väljaren och det han kallar det gömda, eller det glömda valet – regionvalet. Regionerna styr sjukvården, men forskningen visar att väljarnas kunskaper om den regionala politiken, om partiernas agerande på regional nivå och om regionalpolitikerna är ytterst skrala. Få väljare vet vad partierna har åstadkommit och i många regioner är det försumbara skillnader mellan de politiska blocken.

Därmed kan vi säga att vi har ett etiskt problem eftersom det demokratiska ansvarsutkrävandet som ska ske vid de regionala valen fungerar dåligt, säger Bo Rothstein.

Högt förtroende för sjukvårdens personal

Mätningar visar att det svenska folkets allmänna förtroende för sjukvården är stort. 75 procent uppger att de har ganska stort eller mycket stort förtroende för vården. Ännu större är förtroendet för sjukvårdens personal, 93 procent, vilket brukar få regionpolitiker att slå sig för bröstet. Det förtroendet gäller, som nämnts, inte regionpolitikerna. Bristen på förtroende visar sig också i form av det växande antalet privata sjukförsäkringar. 2019 hade 660 000 svenskar skaffat sig privata sjukförsäkringar, vilket är en sexfaldig ökning sedan 2000. Bo Rothstein anser att det visar på en brist i tillit till systemet.

Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att ”målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”, men det visar sig inte stämma i verkligheten. Bo Rothstein beskriver det som ett slags nyspråk, där de fina orden inte förankras i verkligheten. För trots den höga ambitionen är verkligheten en annan. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys finns det omotiverade skillnader i vård och behandling av cancersjuka. Det visar sig också att de regionala skillnaderna är mer generellt framträdande än de socioekonomiska, säger Bo Rothstein, en uppgift han anser vara ”helt otrolig”. Han refererar till regeringsformen, som föreskriver att alla som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska iaktta tre principer: likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet. Det är en rättsregel som gäller även privata aktörer som utför offentliga tjänster, förklarar Bo Rothstein.

Hans slutsats är att om Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har rätt, så sker ett konstant regelbrott mot den svenska lagen, eftersom man inte får lika behandling beroende på vilken region man bor i. Han är också skeptisk till de vårdgarantier det talas om. De blir förledande ord, när det samtidigt finns uppgifter om att 200 000 patienter har väntat längre än den lagstadgade tiden på operation, eller specialistläkare.

Det här är ett svårt etiskt problem att förklara och kan vara ett skäl till att väljarna tycker att sjukvården är en så viktig fråga. Kanske är det här förtroendet också mer av en förhoppning, säger Bo Rothstein.

Hög medicinsk kompetens men sämre organisatorisk

Medicinskt har svensk sjukvård hög kvalitet. Däremot är det sämre med så kallad personcentrerad vård, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Där står sig Sverige svagt i jämförelse med många andra länder. Väntetiden för vård är lång om det inte rör sig om akutvård och i andra länder går det ofta fortare att få en vårdplats. Bo Rothsteins slutsats är att den professionella medicinska kompetensen är hög, medan den organisatoriska kompetensen som regionerna svarar för är låg.

Han beskriver sjukvårdens organisation. De 21 regionerna har grundlagsskyddad självstyrelse. Vid sidan av dessa finns de statliga myndigheterna som Socialstyrelsen, vars betydelse har försvagats eller som har fått en mer undanskymd roll på senare år, enligt Bo Rothstein. Styrning av hälso- och sjukvården sker genom lagar och förordningar, men också genom uppgörelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Bo Rothstein berättar att många läkare han mött tror att SKR är en myndighet.

Kritik mot SKR:s myndighetsliknande roll

Bo Rothstein är kritisk till den roll SKR fått. Om det nu fungerar så bra med regionernas hantering av hälso- och sjukvården, varför behövs i så fall alla dessa nationella samordnare, frågar han retoriskt. Och vilket är SKR:s förhållande till regeringen? Riksrevisionen har utrett detta och skriver att regeringen gett SKR en myndighetsliknande roll och inte i tillräcklig utsträckning tagit hänsyn till konse-

kvenserna av att använda sig av en intresseorganisation. Organisationen lyder inte under förvaltningslagen eller regeringsformen och kan därför inte utkrävas ansvar på samma sätt som en myndighet. Det går heller inte för myndigheter eller medborgare att ställa samma krav på objektivitet eller transparens som om SKR vore en myndighet. Utifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor, så anser Riksrevisionen att de omotiverade skillnaderna mellan regionerna är problematiska.

Själv skulle jag säga att de är grundlagsvidriga. Vården ges inte alltid på lika villkor, patienter drabbas av vårdskador, vården upplevs som fragmenterad och vårdens organisering är i vissa delar inte effektiv. Bästa möjliga kunskap används inte alltid i vården och den är splittrad och styrs av flera aktörer, säger Bo Rothstein.

En av slutsatserna i Coronakommissionens rapport är att det finns en osäkerhet när det gäller ansvarsfördelning mellan stat, kommuner och regioner. Bo Rothstein hänvisar till den och ger en rad exempel från pandemin, när han inte anser att regionerna skött sitt ansvar eller att de har agerat splittrat. Testningen 2020 kom i gång sent jämfört med i många andra länder. Han refererar till en tv-intervju med socialminister Lena Hallengren, där hon uttryckte sin förvåning över att regionerna inte gjorde sin del och satte i gång med testning, eftersom det fanns både pengar, en strategi och analyskapacitet.

Varför det blev så är svårt att svara på, tycker Bo Rothstein. Förutom att testningen här kom i gång sent, jämfört med många andra länder, var också antalet testade individer lägre än kapaciteten. Även smittspårningen dröjde. Bo Rothsteins förklaring är att regionerna ville ha betalt av staten för att göra det de enligt lag är skyldiga att göra och som de har beskattningsrätt för att göra. En överenskommelse fanns på plats först i juni 2020 och då kom testningen i gång med full kapacitet. Resultatet blev att storskalig smittspårning inte kom i gång förrän första vågen var över. Bo Rothstein säger att han inte kan beskriva detta som något annat än politisk utpressning från SKR:s sida. Han hänvisar igen till Coronakommissionen, som beskriver det som ett haveri att en diskussion om ansvar och finansiering försenade en storskalig provtagning tills den första vågen var över. Att detta skedde försvårade också för regeringen att sätta in rätt åtgärd vid rätt tillfälle. Bo Rothstein är kritisk till flera delar av regionernas arbete under pandemin, till exempel bristerna i medi-

cinsk vård på särskilda boenden för äldre. Också regionernas ansvar för skyddsutrustning fungerade dåligt.

Ett hemligt möte

Bo Rothstein tar också upp SKR:s agerande mot personalens och Kommunals krav på skyddsutrustning i ett tidigt skede av pandemin. Under ett hemligt möte mellan Arbetsmiljöverket och andra myndigheter fick SKR igenom att personalen inte kunde kräva adekvat skyddsutrustning. Återigen hänvisar Bo Rothstein till Coronakommissionen, som i sin rapport slog fast att det ”är svårt att se Arbetsmiljöverkets agerande som något annat än ett svek mot alla de arbetstagare som i en akut bristsituation var tvungna att utföra vård och omsorg utan adekvat skyddsutrustning”.

Bo Rothstein gör en liknelse mellan coronavirusets attack och en krigsattack av en främmande makt mot ett brohuvud. Med stöd av försvarsministern bestämmer ÖB att gå till motanfall. De regionala divisionscheferna, läs regionerna, informeras. Men de flesta meddelar att de inte tänker ställa upp. De har inte fått tillräckligt med pengar, de har inte övat färdigt, har inga hjälmar, skyddsvästar eller skottsäkra västar, för eftersom de lever i ”just in time”-produktion finns inget i lager. Eller så tycker man inte att motanfall är en bra idé. Kontentan är, enligt Bo Rothstein, att så kan man inte ha det i en krissituation. Igen hänvisar han till Coronakommissionens slutsats, denna gång om SKR. Enligt Coronakommissionen framstår det som i flera avseenden problematiskt att en betydande del av ansvaret för pandemibekämpningen i realiteten måste vila på en arbetsgivar- och intresseorganisation och att organisationen inte ansvarar inför vare sig riksdag eller regering eller medborgarna för sina beslut. Ett annat problem med SKR, anser Bo Rothstein är att deras politiker inte är direkt valda och att det nästan aldrig är de direkt eller indirekt valda som uttalar sig. I stället är det tjänstemännen.

Den demokratiska cirkeln

Bo Rothstein tar hjälp av ett blädderblock och ritlar en cirkel, som börjar med att folket driver en fråga, som påverkar intresseorganisationer, som når opinionsbildare och får uppmärksamhet i fria medier.

Så småningom når frågan politikerna, som kan besluta om en lag som till sist ska förvaltas. Då har frågan kommit tillbaka till medborgarna. Det är så en demokratisk parlamentarisk beslutskedja ska fungera, enligt konstruktörerna av det politiska system vi lever i. Men i dag snurrar kedjan baklänges. SKR påverkar regeringen och ställer mer krav på pengar och annat. Därefter får regeringen uppdraget att föra ut beslutet i sina partier, som i sin tur får den otacksamma uppgiften att förankra besluten hos medborgarna, sammanfattar Bo Rothstein.

Så vad finns att göra?

Bo Rothstein tittar över gränserna till våra grannländer Norge och Danmark. I Norge har sjukhusvården förstatligats, medan kommunerna har fått ökat ansvar för primärvården. I Danmark har regionerna minskats från tretton till fem och fått starkare statlig styrning.

En möjlig tanke här skulle kunna vara att vid ett nationellt krisläge, så upphör det regionala och kommunala självstyret och regeringen tar befälet. En annan möjlighet är att minska SKR:s makt och ge mer makt till Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter. En av Bo Rothsteins favoritlösningar vore skilda valdagar för riksdag och regioner och han skulle gärna se ett större inslag av personval, eftersom partierna inte skiljer sig särskilt mycket åt i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Ett organisationsetiskt perspektiv på hälso- och sjukvårdens styrning – några konkreta förslag

Erica Falkenström

Forskare, Institutet för framtidsstudier, mottagare av Smerers etikespris 2021

Etiken har en svag ställning i styrningen av en fragmenterad hälso- och sjukvård jämfört med mål, mätbarhet och resultat. Men etiken är en nödvändig del av styrningen för att skapa en professionell verksamhet som gagnar patienter och ger professionerna möjlighet att blomstra. Och det finns möjligheter till förändring.

Det är tack vare Erica Falkenström som vi är här i dag, poängterar moderator Christina Garsten när hon inleder sin presentation av dagens sista föreläsare och 2021 års etikpristagare. Förutom äran och ett diplom erbjuder Smerers pristagaren att få bestämma ämne och innehåll för ett seminarium och det är denna dag som nu lider mot sitt slut.

Erica Falkenström är till vardags baserad vid Institutet för framtidsstudier och är även associerad forskare vid Centrum för forsknings- och bioetik vid Uppsala universitet. Hon har i sin forskning studerat betydelsen av etisk kompetens och etisk analys i vårdens styrning, organisation och ledarskap. Hennes avhandling tog upp intressekonflikter och etisk kompetens hos verksamhetschefer inom svensk hälso- och sjukvård och hon har också forskat kring etisk kompetens och ansvarstagande på regional nivå. Erica Falkenström har analyserat kunskapsinnehållet i, och makten över, de rapporter som ligger till grund för beslutfattande inom hälso- och sjukvården. Hon har också skrivit flera böcker, bland andra "Vårdchefens etiska

dilemman” och ”På spaning efter etik. Etisk kompetens och ansvars- tagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården”, den senare tillsammans med Anna Höglund. Förra året kom också en uppmärksam rapport om den svenska pandemiberedskapen i organisationsetisk belysning.

Den här dagen känns nästan överklig, när jag annars som forskare mest sitter ensam på mitt rum och skriver. Att jag fick priset är fantastiskt och framför allt är det så oerhört roligt att frågorna uppmärksammas, säger Erica Falkenström.

Hon börjar med att slå fast att det är rimligt att ställa etiska krav på hälso- och sjukvårdens styrning och hur den utformas. De styrmodeller som beslutas på politiska och administrativa nivåer påverkar hur vårdens verksamheter lokalt organiserar sig, vilka mål som får störst uppmärksamhet, vilka prioriteringar som görs och hur verksamheten bedrivs. Styrningen påverkar också det ledarskap som efterfrågas och som tränas på ledarskapsutbildningar. Påverkas gör också medarbetarnas möjligheter att använda sin yrkeskompetens och de etiska riktlinjer som deras legitimation kräver.

Utformningen av styrningen och dess följder

Flera av dagens föreläsare har visat på ett fragmenterat sjukvårdssystem i Sverige och det gör också Erica Falkenström. Ansvaret är uppdelat på många olika aktörer både när det gäller kommuner och regioner och det finns också en rad vårdgivande organisationer.

Det finns en mängd styrsignaler som kommer från olika håll. Ibland är de motstridiga och ibland är statusen mellan styrsystemen oklara. Vilken styrsignal ska man följa och vilka kan man bortse ifrån i det som jag hört människor beskriva som ett ”administrativt nedfall”? undrar Erica Falkenström.

Mål, resultatstyrning och mätbarhet är centrala inslag i styrningen. Där- emot har etiken en svag ställning, konstaterar Erica Falkenström. Det kanske finns etik utan att man talar om det, men etisk reflektion och analys är inte integrerad i beslut om budget, vårdavtal eller reformer på den regionala nivån.

Som styrningen ser ut i dag ger den inte tillräckliga incitament för samordning och patienter riskerar därför att falla mellan stolarna. Detta är känt sen tidigare, konstaterar Erica Falkenström och det är också en av slutsatserna i Coronakommissionens rapport. Det ”admi-

nistrativa nedfallet” gör det också svårt att orientera och prioritera mellan uppgifterna, vilket i sin tur kan leda till stress och känslor av otillräcklighet. Det har också skett ett ökat fokus på effektivitet, vilket var en tanke med new public management och marknadstänkande.

Men arbetet har blivit mer standardiserat och instrumentaliserat och något har tappats på vägen. På det sätt som styrningen utformats och tillämpas, så påverkas normer, värderingar och organisationskultur i hela systemet. Språkbruket är ett exempel, men också vad som uppfattas som problem, säger Erica Falkenström.

Hon visar två bilder. Den ena är från Dagens medicin 2022 och har ett stort citat med orden ”Det är inte värt att bli den människa jag blev när jag jobbade som läkare”. Den handlar om underläkaren Viktor, 28 år, som i artikeln beskriver ett hårt och kallt arbetsklimat. De yngre skickas fram, ofta med en känsla av otillräckligt stöd av de äldre. Viktor funderar på att omskola sig till programmerare, ett beslut som handlar om arbetsmiljö, säger Erica Falkenström.

Den andra bilden har rubriken ”Kvarliggare får akuten att krisa”. Den beskriver ett arbetsmiljöärende på Helsingborgs lasarett som pågått sedan 2005. Region Skåne har betalat över åtta miljoner kronor i vite, men ändå är inte problemen på akuten lösta och äldre sjuksköterskor slutar. Men är det verkligen patienterna som får personalen att vilja sluta? frågar Erica Falkenström.

Vad gör en sådan situation med mig som människa, som moralisk varelse? Det är etiska och existentiella frågor vi behöver fundera över – vilka människor vill vi vara och vilket samhälle vill vi ha? säger Erica Falkenström.

Är de mål och värden som förverkligas genom styrningen värda sitt pris? Ibland sägs sjuksköterskor och läkare upp för att uppnå kort-siktiga ekonomiska mål. Erica Falkenström beskriver följderna. En av dem är otrygghet. ”Vilka ska jag jobba med? Vad händer med förtroenhetskunskapen?” En annan är att personalen riskerar att förlora sin yrkes stolthet och värdighet. Kanske påverkas också lojaliteten mot arbetsgivarna. De orimliga kraven kan leda till etisk stress, att meningen med arbetet går förlorad och därmed att många överväger att sluta. Enligt den artikel som beskrev underläkaren Viktors situation har var femte läkare funderat på att sluta för att få styra över sin tid, få möjligheter att återhämta sig och få bättre lön. En del blir hyrläkare med skyhöga arvoden, men som en av dem uttryckte sig är det ”bra för oss, men dåligt för patienterna”.

Lagens mål och medel

Erica Falkenström fortsätter med vad hälso- och sjukvårdslagen stadgar om mål och medel. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet och den som har det största behovet av hälso- och sjukvårdens insatser ska ges företräde. Erica Falkenström citerar också 5 kap. 2 § där det slås fast att ”Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.” I 7 kap. 2 § stadgas att ”Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.”

För mig råder det ingen tvekan om vad som i lagen utgör mål och vad som utgör medel, säger Erica Falkenström.

Om styrningen försvårar hälso- och sjukvården är det ett etiskt problem, liksom om resurserna inte räcker. Erica Falkenström ställer frågan: Hur uppstår resursbrist och vart tar pengar och personal vägen? Hon är inte säker på att skatten behöver höjas, utan lyfter alternativa möjligheter.

Administrationen ökar mer än vårdresurserna

En slutsats är att allt fler styr och allt färre vårdar. I Sveriges regioner finns 46 000 administratörer som har med hälso- och sjukvård att göra, vilket är 36 procent fler årsarbetare än 2010 och en ökning av administrationen som motsvarar 8 242 läkare. I regionerna finns 29 000 läkare, en ökning med 16 procent sedan 2010. Sjuksköterskor och medicinska analytiker har däremot minskat under perioden 2014–17. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) har 9 000 sjuksköterskor lämnat yrket, men skulle återvända om villkoren och arbetsmiljön var bättre.

”Varför är det på detta viset?” frågar Erica Falkenström. Varför ställs etiska krav på medicinsk verksamhet, men inte på sjukvårdens styrning? Visst finns grundlagar att förhålla sig till, men styrningen är inte i fokus på samma sätt som det medicinska arbetet.

Jag tycker detta är anmärkningsvärt eftersom styrningen villkorar förutsättningarna för den vård som utförs i praktiken, säger hon.

En konflikt mellan olika logiker

Sjukvårdens syfte är att bota, lindra och trösta människor med behov av vård. Målet är en god och säker vård för hela befolkningen. Vården kräver yrkeskunskap och förutsätter också att man har beprövad erfarenhet. Det finns professionsetik och legitimation så att man inte missbrukar sin makt. Vad är ett gott resultat? Att patienten får god omvårdnad och i bästa fall blir botad.

Vilken är då styrningens logik? Syftet är att påverka handlade och utfall. För detta skapas organisatoriska strukturer. Man väljer styrformer, bestämmer hur organisationen ska se ut och vilka funktioner som ska finnas. Vad är då ett gott resultat enligt denna logik?

Vad bör ligga i en regions intresse? frågar Erica Falkenström, synbart nöjd med etikens möjligheter att få vara normativ.

Hon summerar. Det kan ligga i en regions intresse att komma väl ut i nationella jämförelser, att visa goda ekonomiska resultat och att vårdplatserna är tillräckliga. Men, frågar hon, är det rimligt att ställa krav på strängare medicinska prioriteringar i syfte att få vårdplatserna att räcka – samtidigt som resurser fortsätter att tilldelas den administrativa överbyggnaden? Många gånger finns ett tänkesätt att: ”Det här är budgeten och de här pengarna ska räcka.”

Jag vill vidga bilden och göra det tydligt att det här handlar om resursfördelning i hela systemet, säger Erica Falkenström.

Liksom tidigare talare, konstaterar hon att det inte finns några enkla lösningar. Därför hjälper det inte med en professionsmiljard eller en kömiljard. Problemen har med bakomliggande organisatoriska ideal att göra, hävdar Erica Falkenström. När det gäller styrning är det ofta organisatoriska moden som råder, snarare än beprövad erfarenhet.

En central fråga är vad som är syftet med styrningen av vården. Vad är syftet med verksamheten? Och vilka principer bör ligga bakom för att nå detta syfte? Erica Falkenströms slutsats är att det behövs etiska analyser och ställningstaganden för att utforma lämplig styrning och långsiktigt hållbara förutsättningar.

Jag börjar faktiskt bli orolig för vad som skulle hända om vi på nytt hamnade i en allvarlig hälsokris, säger hon.

Vad kan man göra?

Avslutningsvis lyfter Erica Falkenström olika möjligheter till förändring som hon kan se utifrån sin forskning. Hon anser inte att sjukvårdssystemet behöver göras om helt. Däremot behöver det ses över och reformeras så att all styrning i första hand främjar sjukvårdens syfte. Styrformer behöver utvecklas som stödjer verksamheterna och leder till att verkliga problem kan lösas, som patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Sen vill jag verkligen slå ett slag för att våra demokratiska och lagstadda etiska värden ges tyngd och innebörd. Att vi börjar prata om vad de betyder och varför de är viktiga. Stora ord som människovärde och värdighet är abstrakta, så att alla kan vara rörande överens om absolut ingenting. Då är det inte lätt att veta åt vilket håll man ska gå, säger Erica Falkenström.

Erica Falkenström betonar att etik är svårt och känslomässigt utmanande, människor kan hamna i konflikt innan man ens har beskrivit det problem som ska diskuteras. Det väcker känslor och därför behöver det skapas stöd för reflektion i ordinarie arbete. Det behöver finnas rutiner så att det integreras i arbetet och inte blir något vid sidan om. Man måste in med riktig kunskap om innehåll och metoder, anser Erica Falkenström. Hon föreslår också att det skapas former som är ömsesidiga, inte "top down". Vårdens praktiker behöver bli lyssnade till, så att de kan ta ett gemensamt ansvar tillsammans med de som styr.

Ett annat av hennes förslag är att ta bort all onödig administration och som ett led i det omfördela resurser och status. Erbjud värdiga villkor som lön och tid för reflektion. Rekrytera chefer och ledare som är moraliska förebilder, som kan vara varma och innerliga, men också sätta en gräns och motivera varför den ska vara där. Dygd lär man av goda förebilder och också av att reflektera över erfarenhet. Erica Falkenströms slutsats är att de förändringar som krävs fordrar politisk vilja, etiskt ansvar och moraliskt mod.

Christina Garsten avrundar med en fråga om huruvida det är resursbrist inom sjukvården, eller om det är en fråga om prioriteringar.

Jag är inte säker på om det är resursbrist, men vi kan ju konstatera att det är för lite personal. Jag tänker att vi kan utforma sjukvårdens ledning och styrning på ett mycket bättre sätt, säger Erica Falkenström.

Paneldiskussion

Moderator: Sven-Eric Söder

Ordförande, Smer

Acko Ankarberg Johansson

Sjukvårdsminister (KD)

Åsa Gyberg Karlsson

F.d. kommunpolitiker, ledamot Smer (V)

Sofia Nilsson

F.d. riksdagsledamot, ledamot Smer (C)

Lina Nordquist

Ledamot Socialutskottet, ledamot Smer (L)

Nödvändigheten av den etiska plattformen och ett fördjupat samtal om etik, är exempel på frågor som lyfts under den avslutande diskussionen, modererad av Smers ordförande Sven-Eric Söder. På plats är Sveriges nya sjukvårdsminister och politiska ledamöter i Smer från Centern, Liberalerna och Vänsterpartiet.

Sveriges nya sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD) inleder med att tacka Smer för de analyser och de samtal som Smer bidrar till i samhället.

Hälso- och sjukvården klarar sig inte utan den etiska plattformen och då behöver vi någon som fördjupar samtalet och krånglar till det ibland. Om vi inte lyfter frågor som skaver, så riskerar vi att fatta fel beslut, säger hon.

Acko Ankarberg Johansson tar utgångspunkt i de ständiga prioriteringar som sker inom hälso- och sjukvården. De görs ofta av politiker och varje dag av vårdens medarbetare. Inom politiken sker det genom normer, lagar, förordningar och föreskrifter och utifrån bud-

get och de pengar som skickas med. Vårdens medarbetare står inför prioriteringar i nästan varje patientmöte.

För att klara prioriteringar behövs en etisk plattform som är gemensam och som är en utgångspunkt för de prioriteringar som behöver göras, säger Acko Ankarberg Johansson.

Nära vård och en fast läkarkontakt

Acko Ankarberg Johansson tar därefter upp strukturens betydelse, där hon lyfter betydelsen av den goda, nära vården. Att som patient ha en fast läkarkontakt inom primärvården skapar trygga relationer som i sin tur ger tillit, kontinuitet och i förlängningen ekonomisk effektivitet. När läkare och patient känner varandra kan hela patientens person vägas in i alla de delar som är en människas hälsa. Den vård som ges blir utifrån var och ens behov.

Många känner inte igen sig i det här, säger Acko Ankarberg Johansson, även om det finns delar i landet där det fungerar. Men erfarenheter från när det inte fungerar så, är att vårdkontaktarna blir fler eftersom man som patient inte får sina behov tillgodosedda. Det i sin tur leder till undanträngningseffekter, det vill säga de många besöken kan tränga undan behov som borde ha prioriterats i stället.

Så att få till en fast vårdkontakt kommer, även om den ser olika ut, att ge en struktur som stärker det arbete jag vill se utifrån den etiska plattformen och behovsstyrning. Risken för undanträngning skulle minska och öka tilliten, säger Acko Ankarberg Johansson.

Acko Ankarberg Johansson uppehåller sig vid undanträngningseffekter och de etiska frågor de väcker. Det är svåra frågor, där politikerna kan behöva tvingas in i samtalet, konstaterar hon. Ett exempel är nya medicinska landvinningar. Om det kommer nya mediciner eller nya behandlingsmetoder – är det då något annat som måste tas bort eller sättas ut? Riksrevisionen påtalade i våras att det är en nödvändig diskussion för riksdagen att föra, berättar Acko Ankarberg Johansson, men säger också att det är betydligt lättare att föra ett samtal där det sätts in nya mediciner och behandlingsformer, än att diskutera vad som ska tas bort.

Hon anser att undanträngningseffekterna är ganska många och att de direkt berör den etiska plattformen. De måste diskuteras och vara

transparenta. Att lyfta dem är också ett sätt att lära nytt och förändra understryker Acko Ankarberg Johansson.

Tystnadskultur hindrar utveckling

Ett annat problem som hindrar ett levandegörande av den etiska plattformen är den tystnadskultur som ibland framkommer. On man som vårdpersonal känner att man varken får bestämma om sin egen arbetssituation eller om arbetet i stort, så är risken stor både att medarbetarnas arbetsmiljö försämras och att arbetsplatsen förlora möjligheten till utveckling. Det blir heller ingen diskussion om den etiska plattformen, om vad som är rätt och fel eller hur behovet hänger ihop med resurserna. Acko Ankarberg Johansson understryker att det inte går att förbjuda en tystnadskultur. Däremot är det viktigt att på olika sätt och i olika former slå vakt om medarbetarnas möjlighet att säga vad de tycker.

Acko Ankarberg Johansson lyfter också frågan om att politikerna bör syna effekterna av sina egna beslut för att ta reda på om reformer eller statsbidrag bidrar till att ge den goda och rättvisa vård som lagen säger.

Vi borde prata mycket om administrationen och då de delar som inte är ändamålsenliga. Därför är jag glad att den här dagen finns och att vi faktiskt samtalar om organisationsfrågorna, för det finns inga snabba lösningar på dem, säger Acko Ankarberg Johansson.

Hon får frågan om förstatligande av sjukvården, en av de frågor som drevs av KD i valet. Hon berättar att det kommer att sättas igång ett arbete på departementet kring detta efter jul. Det är något som kräver tid och eftertanke.

Det regeringen nu är överens om är att vi ska titta på helt eller delvis förändrat statligt ansvar och då måste ändamålsenligheten vara vägledande. Jag har fått många tips i dag, men förvänta er inte en snabb utredning och resultat, säger Acko Ankarberg Johansson.

Mätningarna behöver granskas

Lina Nordquist (L) är ledamot i Smer och sitter också i riksdagen socialutskott. Hon tar utgångspunkt i tre frågor: Vad är det vi mäter vad använder vi mätningarna till och vilka lyssnar vi på?

Om vi har bra svar på dem, som inte gör någon arg eller uppgiven, har vi kommit ganska långt, säger Lina Nordquist.

Hennes perspektiv är att det är helt avgörande att mäta rätt saker, där resultaten visar det man faktiskt behöver få reda på. Ibland kan det vara frestande att mäta det som är lätt att mäta, det som går snabbt eller det man mätt förut för att få jämförelser från tidigare år. Lina Nordquist betonar i stället att det man mäter ska kunna vara till nytta. Hon ger ett avskräckande exempel från sin tid som regionråd i Uppsala. Där gavs ersättning till sjukhus, baserat på hur ofta de mätte patientens blodtryck. Ledde det någonsin till sänkt blodtryck? frågar hon retoriskt.

Det finns så många tankevrpor. I värsta fall används ju dessa mätsystem sedan som styrsystem, fast de inte var tänkta så, säger Lina Nordquist.

Lina Nordquist tar också upp betydelsen av att fundera över vem politikerna ska lyssna på när det handlar om hur sjukvården ska styras. Hon anser att det i Sverige, och säkert också i andra länder, råder ett läge där styrningen, de underliggande värderingarna och tankekonstruktionerna som styr organisationen inte nödvändigtvis är de som går i fas med, eller matchar, det som är viktigt i vården för anhöriga, anställda och patienter.

Om vi då som förtroendevalda inte lyssnar på rätt personer, utan bara ställer de frågor vi har vett att ställa och lyssnar på svaren på de frågorna, då får vi de svar vad vi förtjänar, säger hon.

Lina Nordquist anser det viktigt att ta del av forskningsrapporter, där människor oberoende av politiken ställer frågor kring det de tycker är viktigt. Likaså anser hon att politikerna har mycket att lära genom att ta del av människors skildringar kring vad som bekymrar dem, utan att deras berättelser styrts av vad man önskar att de ska svara.

Hon återvänder till sina tre grundfrågor – vad är det vi mäter, vad använder vi det till och vem lyssnar vi på?

Jag tror vi måste lyfta detta och om vi är villiga att faktiskt lyssna och omvärdera när svaren inte är vad vi förväntar oss, så tror jag att många av våra problem kommer att lösas sig. Egentligen är det de dåliga svaren, de vi inte vill ha, också de mest viktiga, säger Lina Nordquist.

Mätningar för ökad transparens

Sven-Eric Söder använder sin egen erfarenhet från läkemedelsbranschen och berättar att de där ställde frågor till en del regioner om att mäta behandlingsresultat. Reaktionerna från regionerna var väldigt blandade. En del slog ifrån sig direkt och var rädda för att patienterna utifrån resultatet skulle bestämma vart de skulle vända sig. Andra regioner såg det som en fantastisk möjlighet att öka kvaliteten i sin region. Är det detta du kan se framför dig – att öka transparensen genom att mäta behandlingsresultat och kommunicera dem? frågar han.

Jag tycker absolut att vi ska mäta behandlingsresultaten och kommunicera dem till patienterna, men jag tycker att vi ska fundera över om vi mäter det som är viktigt för patienten, säger Lina Nordquist.

Hon nämner exempel från prostatacancervården, där man från vårdens sida ansett att man erbjuder fantastisk vård. Men för patienterna var det inte bara överlevnad som var det viktiga, utan andra frågor som inkontinens och impotens, det vill säga andra värden än de vården ansåg vara de viktigaste.

Vi måste ju fundera över för vem vården finns till. Absolut mer för de anställda än för mig, men i slutändan är det ju patienten och de anhöriga. Om vi inte mäter det som är viktigt för dem, vad ska vi då ha mätningarna till förutom som en snuttefilt för oss? säger Lina Nordquist.

Lösningarna finns ute i verksamheterna

Sofia Nilsson (C) är ledamot i Smer och tidigare riksdagsledamot. Hon delar pristagarens oro för vården och hon anser att det för att komma vidare med etiken är avgörande att få med sig hela personalen underifrån och att som politiker lyssna på professionen.

Det är alltid där lösningarna finns och vi som politiker måste hålla fingrarna borta från att försöka skapa lösningar. Samtidigt måste vi ge stöd uppifrån för att stötta beslutsfattarna, men också ge tiden och utrymmet för att tänka tankar som ännu inte är tänkta, säger Sofia Nilsson.

Hon väger in dagens situation i vården och beskriver den trötthet som finns både i organisationen och hos personalen efter pandemin. Många springer likt hamstrar i ett hjul och hennes tankar kring det är att om man hela tiden springer sig trött, så finns lite tid och ork

för reflektion. Utmaningen är därför att hantera kombinationen – att klara att ge stöd uppifrån och skapa utrymme för reflektion samtidigt som personalen är trött och sliten. Samtidigt är just den resan nödvändig. För att kunna rekrytera, göra rätt saker i rätt tid och trivas på jobbet är de etiska frågorna extremt viktiga, anser hon. Så hur ska vi få till det?

Sofia Nilsson är själv sjuksköterska och har också en lång bakgrund som politiker sedan 20-årsåldern.

Under alla dessa år har vi pratat om att vi måste minska den administrativa bördan, men nu är det dags att vi slutar prata om det och se till att det börjar hända. Men hur gör vi det? Det är det stora frågetecknet och det har jag också kvar efter den här dagen, säger hon.

Så vad skulle du göra om du var ordförande för region Skåne? frågar Sven-Eric Söder.

Där behöver man lyfta arbetsmiljöfrågan, men också arbetssätt. Man behöver stötta nedifrånperspektivet genom en tydlig ledning, som kan uppmana personalen att fundera över hur ett annat arbetssätt kan avlasta. Då måste man också verkligen våga släppa loss det som finns hos personalen, säger Sofia Nilsson.

Hennes tanke är att fokusera på arbetsmiljö, men inte genom att sätta igång förändringsarbete i hela organisationen på en gång utan mera småskaligt. Kanske prova på en enhet, se om det fungerar och om inte prova nytt.

Jag tror vi måste inse att det inte finns en lösning som kan fixa allt, utan att vi stället går in i mindre enheter och vågar testa i liten skala och sedan växlar upp efter hand, säger Sofia Nilsson.

Ett öppet klimat är avgörande för verksamheten

Åsa Gyberg Karlsson (V) är ledamot i Smer och före detta kommunpolitiker. Hon har gått från klinisk verksamhet till att vara tjänsteperson i sin region. Hon tar utgångspunkt i det hon kallar klimat, av andra kallad tystnadskultur, som handlar om beslut och etisk beredskap. Att ha ett öppet klimat är avgörande för förbättringar, eftersom det man inte vet inte heller går att göra någonting åt.

Hon ger olika exempel från sina egna erfarenheter på hur det som inte fungerar kan omvandlas till lärande. När hon arbetade som av-

vikelsesamordnare och skulle kontakta olika avdelningar kring avvikelser, presenterade hon sig som förbättringssamordnare i stället.

Jag ville få in ett tänkesätt att det som inte blivit som man tänkt kan bli en förbättring, en utveckling, säger Åsa Gyberg Karlsson.

Hennes erfarenhet som tjänsteperson är att allt inte släpps upp till politikerna, vilket innebär att mycket försiggår i verksamheterna som politikerna inte har en aning om. Hur ska de då kunna ta ställning till olika värden? undrar hon.

Enligt Åsa Gyberg Karlsson ska etiska värden vara en del av beslutsunderlaget. Att det i varje beslut finns en redovisning av vilka etiska värden som står på spel eller som ryms i just det beslutet. Då bäddas också ett etiskt lärande in i besluten och etiken blir en självklarhet, anser hon. Hon skulle vilja se att det till exempel står ”Hur jobbar ni med tid för etisk reflektion i er verksamhet?” i regionplanerna, som ju bryts ner ända till verksamhetsnivå. Då stärks etikens närvaro i besluten.

Åsa Gyberg Karlsson jobbade i ledande ställning under pandemin och där och då ville många ha snabba beslut, vilket sällan lämnar tid för etisk reflektion. Men hur ofta måste besluten vara så snabba? frågar hon. Och var ska tiden för reflektion finnas – på tjänstemannanivå eller ute i verksamheten? Ofta finns tid för reflektioner på tjänstemannanivå, konstaterar hon, men ju mer tid som går åt på den nivån, desto mindre tid blir över för reflektion ute i verksamheterna där besluten ska verkställas.

Det är en jätteviktig avvägning – hur mycket tid ska användas för reflektion på tjänstemannanivå, så att det finns tid över för reflektion längre ner i verksamheten? säger Åsa Gyberg Karlsson.

Åsa Gyberg Karlsson anser att hälso- och sjukvården behöver en etisk krisberedskap, vilket kräver att etik blir en del av utvecklingsarbetet på alla nivåer. Hon anser att det borde vara ett obligatorium för regionerna att fundera över hur de kan utbilda för att skapa en etisk beredskap, så att man inte börjar fundera först när det smäller. Etik ska sitta i ryggmärgen hos regionens professioner, anser hon.

Sven-Eric Söder ställer frågan hur samspelet mellan politikerna och tjänstemännen kan förbättras.

Det är viktigt att politikerna sätter klimatet så att du får vara obekvämt som tjänsteman och att du inte ska behöva gå från din tjänst för det. Om jag som tjänsteman har information som kan få konsekvenser för ett beslut är det viktigt att vara trygg med att informera politikerna om det, säger Åsa Gyberg Karlsson.

Politikernas roll för att etiken ska bli en del av beslutsfattandet

Innan Sven-Eric Söder släpper in publiken för att ställa frågor, tar han upp tre parametrar som krävs för att förändra en organisation. Den första är att arbeta med organisationsfrågan, den andra är att arbeta med ekonomin och den tredje är att ha ordning på kompetensförsörjningen.

För att detta ska landa bra är det viktigt att göra kloka etiska överväganden. En slutsats av den här dagen är att det finns potential för förbättringar om man uttrycker sig lite försiktigt. Så vad kan vi göra och vilken roll kan politiken spela för hur ni lyfter fram etikens roll i beslutsfattandet för framtidens hälso- och sjukvård? frågar Sven-Eric Söder panelen.

Acko Ankarberg Johansson påpekar att det redan gäller eftersom det regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Det är därför ingen idé att skapa en ny lag som slår fast att den första ska gälla.

Vi har beslutat det, så hur gör vi det? säger hon.

Acko Ankarberg Johansson tror också på mjuk styrning. Som kommunstyrelsens ordförande i Jönköping talade hon alltid om kommunens invånare som medlemmar i kommunen och så småningom sippade det ner, det vill säga det hände något i organisationen. På liknande sätt tror hon att om politikerna hjälps åt att lyfta det som är beslutat som kopplas till hälso- och sjukvårdslagen om behovsstyrning och etiska plattformen, så kommer det att påverka. Det kommer att vara en av hennes metoder.

Åsa Gyberg Karlsson anser att om politiker, tjänstepersoner och fackföreningar trycker på att det behövs en etisk analys och verkar för att alla ska gå en etisk utbildning, så skapas en förståelse för att det finns värdekonflikter.

Sofia Nilsson anser att samtal om etik och etiska värden inte passar i ett tänkande kring ”oneliners” och snabba klick, som i mångt och mycket kännetecknade valet.

Det här är inte enkla eller snabba lösningar, utan det krävs ett djupare och bredare resonemang. Jag tror att politiker från alla partier måste våga ta det längre resonemanget och inte jaga populistiska klick. Om vi gör det kommer vi också att få mer tillit. Det är lätt att falla in i kören att det finns en lösning som ska fixa allt, men jag tror inte på det. Det finns inga enkla svar på komplexa frågor, säger Sofia Nilsson.

Lina Nordquist svarar genom en trädgårdsmetafor. Det hjälper inte att byta trädgårdstidning för att få en fin trädgård. Det krävs jord, trädgårdsmästare och många andra saker för att skapa en bra växtlighet. På samma sätt är det med hälso- och sjukvården. Det är inte lagen som är problemet, utan genomförandet. Det handlar om att inse att det alltid kommer att finnas etiska konflikter i sjukvården och för att arbeta med dem krävs tid, utrymme och struktur. Det går inte att ständigt ställa frågan ”Hur går det?” och förvänta sig att svaret ska vara ”Jättebra!”. I stället bör frågorna vara: ”Vad är problemet nu? Vilka är utmaningarna nu?”

Hyperstyrning, samarbetsproblem och mätningar

Innan dagen är slut ryms några frågor från publiken. Den första kommer från en läkare med 40 års erfarenhet, som tar upp Kerstin Sahlins tankar kring hyperorganisation. Han hävdar att det blivit en hyperstyrning inom hälso- och sjukvården de senaste trettio, fyrtio åren som kännetecknas av ett managementtänkande och som både har svagt vetenskapligt och etiskt underlag. Är det inte dags att avpolitiserat sjukvården? undrar han och ställer också frågan hur etiken kan fungera som stöd för att bli kvitt hyperstyrningen och lösa de problem som finns i styrningen av vården.

Den andra frågan tar sin utgångspunkt i att konkurrensutsättningen av sjukvården skapar en logik att inte samarbeta. Hur kan den konflikten lösas?

En tredje fråga rör mätning. I dag mäts ekonomiskt utfall varje månad och kvalitetsmål mäts varje år, medan SKR är de som mäter vad patienterna tycker om vården vartannat år. Är det rimligt, med tanke på hur kritiserat SKR varit under dagen i sin roll som intresseorganisation?

Acko Ankarberg Johansson tycker att det är statens ansvar att mäta hur nöjda patienterna är, liksom kompetensförsörjningen är statens ansvar. Hur det ska gå till är en senare fråga. Hon beskriver

att det finns en fragmentisering av vården och att politikerna har fattat beslut om ramar och styrning, som inneburit att man ute i verksamheterna inte har det utrymme man behöver.

Vi har avpolitiserat i någon mening, men gjort det på fel sätt. Vi har fel tanke med vår styrning och med våra prioriteringar, så vi måste hitta andra sätt. Vi vill att primärvården ska öka, men hur gör vi det så det passar lokalt, så det blir fler som arbetar och ett rimligt antal patienter? För att hitta den kombinationen behöver vi hjälp av professionen, av patienterna och av akademien, säger Acko Ankarberg Johansson.

Hon anser att systemet med att varje liten enhet har ett eget budgetansvar innebär att det kan vara svårt för patienten att omfattas av en helhetssyn.

Vi måste hitta ett annat sätt att se på pengar som möjliggör för den ansvarige läkaren att se till att patientens hela väg fungerar, oavsett vilka boxar man passerar. I dag motverkar budgetansvar det, säger Acko Ankarberg Johansson.

Åsa Gyberg Karlsson efterlyser bättre helhetssyn, att hela den karta som utgör hälso- och sjukvård blir tydlig. Det skulle gynna samarbete och också ge en möjlighet att använda varandras kompetenser mer.

Med några få ord avslutar 2021 års etikprisvinnare Erica Falkenström dagen. Hon tackar alla deltagare och säger:

Jag har fått frågan om vilken som är den bästa dagen i min karriär. Jag tror faktiskt att det är den här dagen.

Appendix

Etik i hälso- och sjukvårdens styrning – dilemman och möjligheter

Program

Moderator: *Christina Garsten*, professor i socialantropologi, föreståndare för Swedish Collegium för Advanced Study

09:30–9:50

Inledning

Välkommen

Sven-Eric Söder, ordförande Smer

Varför ett seminarium om etik i vårdens styrning?

Erica Falkenström, forskare, Institutet för framtidsstudier, mottagare av Smers etikpris 2021

09:50–10:15

Hälso- och sjukvårdens organisering: Mer management, mer granskning och mer organisation. Reformernas konsekvenser för verksamheten

Kerstin Sablin, seniorprofessor i företagsekonomi, Uppsala universitet

- 10:15–10:35** **Ekonomistyrning, revision och etik**
Inger Sohlberg, civilekonom och f.d. verksamhetsrevisor, Region Stockholm
- 10:35–11:00** **Paus**
- 11:00–11:25** **Konsekvenser av otydliga strukturer och ansvarsförhållanden – ett professionsperspektiv**
Lars-Magnus Andersson, överläkare, docent och verksamhetschef, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, fram till nyligen ordförande i Svenska Infektionsläkarföreningen
- 11:25–11:50** **Arbetsgivarpolitik och etik: Vad säger forskningen om sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet?**
Lisa Smeds Alenius, sjuksköterska och med dr, Karolinska institutet
- 11:50–13:00** **Lunch**
- 13:00–13:25** **Vilken roll har etiska mål och värden i lagstiftningen?**
Titti Mattsson, professor i offentlig rätt, Lunds universitet, sakkunnig i Smer
- 13:25–13:50** **Etikreflektioner beträffande vårdens styrning**
Göran Hermerén, professor emeritus i medicinsk etik, Lunds universitet, f.d. sakkunnig i Smer

13:50–14:15 Vilka åtgärder är möjliga och önskvärda att vidta för att få till stånd en mer ändamålsenlig styrning av sjukvården?

Bo Rothstein, professor emeritus i statsvetenskap, Göteborgs universitet

14:15–14:35 Paus

14:35–15:00 Ett organisationsetiskt perspektiv på hälso- och sjukvårdens styrning – några konkreta förslag

Erica Falkenström, forskare, Institutet för framtidsstudier, mottagare av Smers etikspris 2021

15:00–16:00 Paneldiskussion

Moderator: *Sven-Eric Söder*, ordförande, Smer
Acko Ankarberg Johansson, sjukvårdsminister (KD)
Åsa Gyberg Karlsson, f.d. kommunpolitiker, ledamot Smer (V)
Sofia Nilsson, f.d. riksdagsledamot, ledamot Smer (C)
Lina Nordquist, ledamot Socialutskottet, ledamot Smer (L)

16:00 Avslutning