

Resultatstyrning och flödesstyrning

- motstridiga reformer med oväntade effekter

Anders Söderholm

Inom landstingen genomförs ofta resultatstyrningsreformer parallellt med flödesstyrningsreformer. Reformerna är motstridiga och ställer olika krav på hur hälso- och sjukvården bör utformas. Under vissa förutsättningar kan motstridigheten mellan olika reformidéer öka valfriheten och stärka identiteten vid enskilda kliniker medan det för andra kliniker ger motsatt effekt. I artikeln diskuteras de olika förutsättningar som leder fram till endera situationen.

Fil. dr Anders Söderholm är forskare och universitetslektor vid Handelshögskolan i Umeå och ingår i en grupp som studerar förnyelsefrågor inom bland annat hälso- och sjukvården. Artikeln bygger på erfarenheter från två olika forskningsprojekt om förnyelse-satsningar inom hälso- och sjukvården. I det ena projektet följdes införandet av marknadsreformer i flera olika landsting, i det andra behandlades konsekvenser av handikappreformen.

Logisk konflikt

Den offentliga sektorn kritiseras närmast regelmässigt för bristande förmåga att hantera och utveckla sina verksamheter. En väsentlig del av kritiken behandlar påstådda effektivitets-, produktivitets- och kvalitetsproblem. För den offentliga hälso- och sjukvården har följaktligen frågor kring ekonomisk styrning och kvalitet varit vägledande för de senaste årens reformer. Det är därför möjligt att dra en skiljelinje mellan reformer som i första hand genomförs i syfte att hantera ekonomiska styr- och kontrollproblem och reformer som genomförs med vårdideologiska förtecken och patientnytta som centrala beståndsdelar. De reformer som genomförs för att hantera ekonomiska problem innebär i allmänhet resultatstyrning medan de mer vårdideologiska utformade reformerna ofta bygger på resonemang kring patientflöden.

De två typerna av reformer står i en logisk konflikt till varandra men trots detta arbetar många landsting samtidigt med båda typerna av reformer. Det vill säga

att man under samma tidsperiod försöker införa både resultatstyrning och flödesstyrning. Innebörden av att motstridiga organisatoriska reformer införs samtidigt är det huvudsakliga problem som kommer att diskuteras i föreliggande artikel.

Resultatstyrning - självständiga enheter

Resursbristen inom hälso- och sjukvården samt den påstådda bristande förmågan som landstingen uppvisar vad gäller att hantera ekonomiska problem har inneburit att ekonomiska styr- och kontrollsystem har blivit ett viktigt förnyelseämbete. Det traditionella anslagsförfarandet sägs i alltför hög utsträckning styras av internt taktiskt spel snarare än av behov eller nytta för patienterna, samtidigt som anslagssystemet inte fokuserar produktivhetsfrågor. Steget är inte långt till att söka lösningen i marknadsbaserade system för den interna organisationen inom hälso- och sjukvården eftersom en fungerande marknad i teorin innehåller just de styrmekanismer som kritikerna menat saknas i den traditionella organisationen. Marknaden belönar resultat i termer av åsatta priser och uppnådda effekter snarare än de processer och procedurer som lett fram till resultatet. På så sätt fokuseras intresset i ett marknadsstyrt system på vad som faktiskt produceras, till vilket pris och med vilken kvalitet det görs och inte, som i byråkratin, till de förfaranden med vars hjälp resurserna fördelas innan produktionen sker.

Resultatstyrning kan ta sig många olika former och genomföras utifrån olika ambitionsnivåer. Gemensamt är att man genom att införa resultatstyrning söker skapa sammanhållna enheter (resultatenheter) till vilka man knyter både verksamhetsansvar och ansvar för intäkter

Steget är inte långt till att söka lösningen i marknadsbaserade system för den interna organisationen inom hälso- och sjukvården

och kostnader. De enheter som ges detta ansvar kan definieras som sjukvårdsdistrikt, sjukhus eller enskilda kliniker och vårdcentraler. Förhållandet mellan olika reslutenheter blir "marknadsmässigt" så till vida att det som passerar de uppställda gränserna mellan resultatenheter också skall ge upphov till debiteringar internt. Det krävs därför att vårdproduktionen kan mätas och för detta används vanligen det i USA utvecklade systemet "Diagnostic Related Groups" (DRG). DRG ger i första hand information om den resursåtgång som vissa diagnoser kräver i förhållande till andra diagnoser och detta kan sedan användas som underlag för intäktsfinansiering/intäktsbudgetering eller, vanligare, som underlag för kostnadsersättningen internt inom landstinget. Förutom införandet av resultatenheter finns flera andra typer av förändringar som bygger på en likartad logik. Divisionalisering, bolagisering, privatisering, konkurrensutsättning och husläkarreformen är samtliga exempel på förändringar där resultatstyrning som princip är, eller har varit, vägledande.

En förutsättning för att få till stånd resultatstyrning är att resultatenheterna kan göras någorlunda självständiga. Självständighet innebär bland annat självständig ledning med ansvar för verksamhetens ekonomi, organisation och personal. Variationerna är dock många och självständigheten är ofta i praktiken kringskuren på olika sätt. Till exempel är det mycket ovanligt att finansieringsansvaret eller ansvaret för den egna skuldsättningen ges till enskilda kliniker och således får de inte heller det fulla ansvaret för investeringar. Däremot är mindre radikala varianter av resultatstyrning vanliga där kliniker eller vårdcentraler ges ett relativt vittgående ansvar för den egna organisationen kombinerat med någon form av produktionsrelaterad ersättning.

Förutom införandet av resultatenheter inom olika landsting kan även vissa nationella reformer beskrivas på ett likartat sätt. Till exempel Ädel-reformen och den senare på likartat sätt genomförda kommunaliseringen av de sociala omsorgerna bygger på ett likartat resonemang om resultatenheter och klargörande av ekonomiska gränser. Båda reformerna har som en ambition att klargöra var gränsen går för hälso- och sjukvårdens medicinska ansvar och primärkommunernas ansvar för omsorg.¹ Det har lett till att en gräns etablerats mellan

Att organisera hälso- och sjukvården utifrån patientflöden, så kallad flödesorganisering, är inte tillnärmelsevis lika utvecklat som principerna som väglett införandet av resultatenheter

hälso- och sjukvården å ena sidan och primärkommunerna å andra sidan som övervakas av båda parter och som gett upphov till olika former av regler och rutiner för att styra kostnaderna mellan de två parterna.

I mer principiella termer kan introduktionen av resultatenheter beskrivas som en övergång från en strikt byråkratisk struktur där överordnade nivåer (såsom sjukvårdsdistrikt) direkt styr underordnade nivåer till en struktur där relationerna mellan till exempel olika kliniker kläds i ekonomiska termer och organiseras relativt fritt under överinseende av sjukhus- eller distriktsledning.

Flödesstyrning - patienten i fokus

Det uttrycks ibland farhågor för att kvalitetsproblemen inom hälso- och sjukvården tilltar när ekonomin alltmer tillåts styra hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Den enskilde patienten riskerar att försvinna i sjukvårdsorganisationernas vindlande korridorer och varken personal eller system inom vården förmår att alltid betrakta och värdera enskilda patienter. I detta sammanhang kritiserats till exempel väntetider, tillgänglighet, opersonlighet och brist på respekt. Kritik enligt denna argumentationslinje är i grunden en kritik av bristande kvalitet. Lösningar har formulerats utifrån olika tankegångar om patientflöden, sammanhållna vårdkedjor, ökat samarbete och ökad samverkan och samordning mellan olika vårdande enheter så att resultat i termer av patientens nytta förbättras.

Att organisera hälso- och sjukvården utifrån patientflöden, så kallad flödesorganisering, är inte tillnärmelsevis lika utvecklat som principerna som väglett införandet av resultatenheter. Innebörden av flödesorganisering är emellertid att de centrala patientflödena inom hälso- och sjukvården tas som utgångspunkt för organiseringen av verksamheten. Det innebär en fokusering av patientens behov och av de behov av kontinuitet, samordning och sammanhang som patienten kan antas ha. Organisationens uppbyggnad bör därför avspejla den vårdkedja som patienten går igenom från sitt första besök vid till exempel en vårdcentral, via re-

¹ De relaterade reformerna har naturligtvis en hel del andra ambitioner och innebörder. Här har enbart den aspekt av reformerna berörts som har direkt relevans för resonemanget om resultatenheter.

miss till sjukhuset och besök på olika kliniker, behandling, eftervård och utskrivning med efterföljande återbesök och uppföljning. Idealt borde en person ha det övergripande ansvaret för en vårdkedja och även ansvara för de kostnader som uppstår i olika faser. Syftet är med andra ord att bryta upp den strikta uppdelningen mellan olika medicinska specialiteter för att i stället i större utsträckning låta organisationen spegla patientens "väg" genom hälso- och sjukvården.

Införandet av patientansvarig läkare (den s k PAL-reformen) kan sägas vara ett försök att öka betydelsen av enskilda patienters behov, men den reformen har inte lyckats bryta sedan tidigare etablerade gränser utan fått sin största betydelse för organiseringen inom kliniker. Samordningsfrågor är dock numera relativt vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. Det kan handla om samordning mellan olika kirurgkliniker inom samma landsting i syfte att fördela patienter mellan de olika klinikerna så att väntetider reduceras och resursutnyttjandet förbättras, men detta har enbart begränsad betydelse för flödet som sådant. Det finns flera orsaker till att flödesorganisering som princip har relativt svårt att vinna terräng inom hälso- och sjukvården. Utbildningssystemet, de medicinska professionerna och sjukhusen internt är organiserade funktionellt på ett sätt som inte stödjer ett flödestänkande. Det finns med andra ord starka konserverande krafter inom som inte med lätthet kan övervinnas med enstaka reformer.

Den 1994 genomförda handikappreformen innehåller emellertid ambitioner som låter sig förstås i termer av flödesorganisering i så motto att reformen betonar att samhällets insatser för handikappade måste utgå från den enskildes behov. I betänkandet från handikapputredningen (SOU 1991:46, s 135) konstateras bland annat att "...stödet planeras och ges med utgångspunkt i att den enskildes hela tillvaro skall fungera.../helhetssynen skall också gälla innehåll i och former för själva samverkan mellan verksamheter, samhällsorgan och huvudmän." Det är med andra ord inte behov av styrning, resursfördelning och kontroll inom offentliga organisationer som ligger till grund för reformen. För landstingens räkning reglerar handikappreformen tydligare ansvaret för rehabilitering och habilitering och det klargörs att landstingen har detta ansvar gentemot patienterna. Rehabilitering och habilitering är ett mycket brett verksamhetsfält som har betydelse för ett flertal mycket olikartade patientgrupper.

Flödesorganisering innebär i detta fall att rehabiliteringsbehovet klargörs och att ansvaret för verksam-

heten organiseras utifrån de olika patienternas skilda behov snarare än utifrån olika medicinska specialiteter som deltar med olika avgränsade delar. För boende i kommunala gruppboendestäder kan detta till exempel innebära att en vårdplan skall upprättas för den enskilde vari det samlade behovet skall definieras. Gränserna mellan primärkommun, vårdcentral, psykiatrisk klinik, hjälpmedelscentral, försäkringskassa, dagcenter med flera tänkbara deltagande enheter ska sålunda överbrygas.

Flödesorganisering kan således beskrivas som en övergång från en byråkratisk struktur till en struktur organiserad utifrån patientflöden som passerar genom organisationen. Flöden kan, vilket ovanstående diskussion sökt visa, definieras på en mängd olika sätt. Ett flöde kan till exempel representera de olika kontakter och insatser som från en rad olika huvudmän organiseras för en speciell handikappgrupp eller de olika insatser som från landstingets sida riktas mot gallstenspatienter, patienter med hjärtsjukdomar eller reumatiker. Ur flödesperspektivet är det mer eller mindre ointressant om "vinster" och "förluster" uppstår vid enskilda kliniker. Det centrala är vad flödet i sin helhet skapar och vilka kostnader som är förknippade med detta, inte hur kostnaderna fördelas mellan de i flödet samverkande enheterna

Splittring och problem eller professionalism och valfrihet

De två organiserings- eller organisationsprinciperna som diskuterats ovan har skilda utgångspunkter och olikartade konsekvenser för hälso- och sjukvården. För det första, resultatstyrning syftar till att upprätta mer eller mindre självständiga enheter vars utbyten med andra enheter kan mätas i ekonomiska termer medan flödesstyrning syftar till att upprätta sammanhängande vårdkedjor där patientens välbefinnande styr de olika insatserna. De gränser som resultatstyrningen etablerar måste med andra ord upplösas inför en fungerande flödesstyrning. För det andra, resultatstyrningen är i första hand en procedurfråga, det vill säga en administrativ procedur för att styra sjukvården. Flödesstyrningen är, å andra sidan, i första hand en verksamhetsfråga, det

Den ideala organisation som blir följden av resultatstyrning ser annorlunda ut än den organisation som blir följden av flödesstyrning

vill säga en princip för att klargöra vad hälso- och sjukvården ska uppnå. För det tredje, resultatstyrningen bygger, i väsentlig utsträckning, på etablerade uppdelningar av det medicinska kunskapsfältet medan flödesstyrning väsentligen saknar förebilder i etablerad medicinsk tradition.

Det torde framstå som relativt självklart att den tänkta, ideala, organisation som blir följden av en fullt genomförd resultatstyrning ser annorlunda ut jämfört med den organisation som blir följden av en fullt genomförd flödesstyrning. Ändå genomförs båda typerna av reformer samtidigt. En grundläggande anledning till det samtidiga genomförandet är att reformerna, var för sig, speglar centrala normer om vad som bör präglade den offentliga hälso- och sjukvården. Genom Landstingsförbundets försorg (exv genom deras årliga uppdatering av aktuella organisationsförändringsprojekt inom landstingen), i debattböcker, i utredningar (SOU 1993:38) och i olika forskningsrapporter (t ex Jönsson & Rehnberg, 1987) stöds argumentet att hälso- och sjukvården behöver mer av prestationsmätning och resultatstyrning. På ett likartat sätt förs frågor om helhetsperspektiv, samordning, kvalitet och patientnytta fram i andra fora (t ex Bengtsson m fl, 1994; SOU 1991:41). Det finns med andra ord stöd för båda typerna av reformer i aktuell debatt, forskning och lagstiftning kring hälso- och sjukvården. Landstingen måste också relatera sin verksamhet och organisation till reformidéerna. Hälso- och sjukvården omges med andra ord av en miljö som "kräver" både resultat- och flödesstyrning.

Det torde vara uteslutat att en gång för alla lösa upp de konflikter som finns mellan olika idéer om hur hälso- och sjukvården bör organiseras. Det som kan upplevas som motstridiga reformer är i själva verket en avspeglning av komplexiteten i det omgivande samhället som består av bland annat ämbetsverk, departement, läkarförbund, patientintressen, andra intresseorganisationer samt forsknings- och utbildningsinstitutioner. Motstridigheten mellan olika krav och normer måste med andra ord betraktas som en förutsättning för hälso- och sjukvården snarare än något som är möjligt att åtgärda. Den intressanta frågan är därför inte om eller hur man kan undvika motstridiga reformer utan snarare hur man kan hantera det faktum att motstridiga reformer genomförs samtidigt. Ett sätt att hantera motstridiga principer är att helt enkelt hänföra dem till olika ärenden eller olika tidpunkter. Så agerar framförallt den centrala landstingsledningen, till exempel genom att vid ett till-

Den intressanta frågan är inte om eller hur man kan undvika motstridiga reformer utan snarare hur man kan hantera det faktum att motstridiga reformer genomförs samtidigt

fälle besluta om nästa års sparbeting, strukturella nedskärningar, införandet av resultatansvar och prestationsmätning och vid ett annat tillfälle besluta om genomförande av samordning och samverkan mellan organisatoriska enheter, ny kvalitetspolicy eller införandet av vårdkedjetänkande för handikappade. Eventuella konflikter mellan de olika reformerna behöver sålunda inte nödvändigtvis hanteras centralt i landstinget.

För organisationen kan resultat- respektive flödesstyrningen hänskjutas till olika delar av hälso- och sjukvården. De två reformerna kopplas helt enkelt loss från varandra och hanteras var för sig av enheter som är relativt väl skilda från varandra (Scott, 1995, s 128-131). Sålunda kan kliniker eller andra sjukvårdsenheter som passar det tänkande som resultatstyrningen bygger på i första hand relatera sig till den typen av reformer. Dyliga verksamheter är sådana som har ett relativt väl avgränsat, professionellt erkänt och enhetligt eller ensartat kompetensområde vars resultat i första hand är beroende av den egna verksamhetens göranden och låtanden. Detta gäller bland andra de kirurgiska och ortopediska specialiteterna, laboratorieverksamheter, radiologi med flera men även olika serviceverksamheter som till exempel lokal- och materialförsörjning och städning.

Geriatrisk, psykiatri och primärvård är emellertid exempel på verksamheter som enbart med svårighet låter sig beskrivas medelst de prestationsmallar som en fullt ut genomförd resultatstyrningsreform innebär. Det är till exempel inte ovanligt att måttstockarna på vårdcentralernas produktion blir trubbiga och intetsägande jämfört med de förfinade DRG-analyser som görs vid en kirurgisk klinik. En beskrivning av geriatrikens "produktion" genom olika kvantifierade poängsystem måste näst intill alltid åtföljas av förklaringar, reservationer och tolkningsanvisningar för att vara användbar. Hjälpmedelscentraler kan ha problem att argumentera för sin verksamhet eftersom deras existens, i ett resultatstyrt system, görs beroende av det ekonomiska utrymme som behandlande kliniker har. Rehabiliteringssatsningar vid speciella sjukhem eller enligt speciella pro-

gram kan likaledes upplevas som enbart en "kostnad" av behandlande klinik.

För de senare verksamheterna passar ett resonemang enligt flödestänkande väl in. Genom att argumentera för att en satsning på hjälpmedel minskar framtida kostnader inom primärvården eller slutenvården kan en "kalkyl" enligt en flödesmodell på ett bättre sätt fylla hjälpmedelscentralens behov. På samma sätt kan rehabiliteringskostnaderna "översättas" till vinster i vårdkedjan genom att samhällets utgifter totalt sett hålls nere samtidigt som patienten får ett rikare liv, givet att rehabiliteringsinsatser sätts in på ett tidigt stadium. Handikappreformen har följaktligen funnit sina främsta mottagare vid vissa av de kliniker inom landstingen som aktivt arbetar med rehabiliteringsfrågor. I viss utsträckning har också sådana enheter nybildats för att ta hand om de krav som handikappreformen ställer på landstingen. Flödesstyrningen vad gäller handikappreformen manifesteras därmed inom till exempel barn- och ungdomshabiliteringskliniker, psykiatrisk rehabiliteringssektion eller motsvarande, allmänmedicinska rehabiliteringskliniker och speciella sjukhem med rehabiliteringsverksamhet, medan reformen som sådan har ett mindre genomslag inom andra kliniker som i första hand relaterar sig till andra reformer även om de också bedriver rehabiliteringsverksamhet.

Som en följd av uppdelningen har i vissa fall de resultatstyrda klinikerna kunnat välja att inte arbeta med rehabilitering. På motsvarande sätt har till exempel barn- och ungdomshabiliteringen inte alltid behövt införa prestationsmätning och resultatansvar enligt resultatstyrningsmodellen utan i stället arbetat vidare med anslag och budgetansvar även om stora delar av landstinget i övrigt förändrats i riktning mot resultatenheter.

Det är också så att en entydigt formulerad reform (såsom resultatstyrningsreformer) skapar efterfrågan efter andra förändringsidéer som förmår fånga upp de delar av verksamheten som blir styvmoderligt behandlade av den första reformen. Införandet av resultatstyrning kan på så sätt skynda på införandet av ett flödestänkande inom de delar av organisationen som enbart bristfälligt låter sig beskrivas i resultatstyrningsterminologin. Reformen enligt någondera av de båda principer är därför inte bara något som är föremål för genomförande, de är även föremål för efterfrågan (jfr diskussion i Jacobsson & Sahlin-Andersson, 1995, s 120-125). Uppmärksamheten kring handikappreformen kan, paradoxalt nog, ha ökat tack vare att man tidigare arbetat med en re-

Under det till synes ologiska i två parallella men motstridiga reformer finns något synnerligen funktionellt. Motstridiga reformer innebär att fler enheter får ta del av förändringsarbete

form som betonat helt andra organiseringsprinciper.

Ytterligare en viktig aspekt av motstridiga organisationsprinciper är det sökande efter identitet som reformerna ger upphov till. Vanligen betraktas identitet som något som uppkommer om flera verksamheter liknar varandra. På så sätt kan en ortopedisk klinik ha en stark identitet tack vare det faktum att det finns många sådana kliniker runtom i landet som dessutom, genom till exempel specialistföreningar, har en relativt god kännedom om varandra. Men, kopplat till resonemangen ovan, så har identiteten även en koppling till det faktum att det finns verksamheter som är av motsatt karaktär (Weick, 1995, s 76-77).

Rehabilitering som identitetsbärande idé för en enhet stärks av att det samtidigt finns andra enheter eller verksamheter som inte arbetar med rehabilitering. Om till exempel kirurgkliniken säger sig inte längre syssla med rehabilitering så stärker detta identiteten för de enheter som bildats speciellt för att arbeta med rehabiliteringsfrågor. Barn- och ungdomshabiliteringen får, i takt med att till exempel vårdcentralerna blir allt mer resultatstyrda, ett speciellt ansvar att hävda habiliteringsfrågor inom landstinget. Förekomsten av motstridiga reformer behöver därför inte leda till att hälso- och sjukvården blir ytterligare komplicerad och komplex. Tvärtom kan motstridigheten i sig förenkla och klargöra olika klinikers speciella uppgifter i förhållande till varandra.

Motstridigheten mellan resultat- och flödesstyrning är därför delvis enbart skenbar. Strax under det till synes ologiska i två parallella men motstridiga reformer finns något synnerligen funktionellt. Motstridiga reformer innebär att fler kliniker och enheter inom landstinget får ta del av förändringar och förändringsarbete än vad som hade varit fallet om enbart den ena reformen hade genomförts. Möjligheten att lokalt anpassa nödvändigt förändringsarbete till övergripande reformeringar av hälso- och sjukvården ökar om utbudet av reformer är stort. Så betraktat är det närmast självklart att landstingsledningen väljer, eller tvingas välja, att genomföra flera reformer parallellt snarare än att med våld försöka införa en reform för hälso- och sjukvården i dess helhet.

Det är dock inte så enkelt att alla enheter kan stärka

sin identitet, skynda på sitt förändringsarbete eller få uttryck för sina vårdideologiska ambitioner genom att rikta uppmärksamheten mot en av flera reformer som för stunden är aktuella. Inom till exempel primärvården är förhållandet snarast det motsatta. Det är svårt, eller omöjligt, för en vårdcentral att aktivt definiera bort vissa verksamheter. Man kan till exempel inte deklarera att man inte sysslar med rehabilitering. Primärvården har också mycket svårt att stå emot resultatstyrningen trots att mätinstrument och resursfördelningsnycklar ofta inte är speciellt väl anpassade till deras verksamhet. Resultatet blir att båda typerna av reformer slår igenom.

Å ena sidan ska primärvården ha ett övergripande medicinskt ansvar för de boende inom upptagningsområdet vilket även inkluderar att arbeta aktivt med att länka samman vårdkedjans olika delar för till exempel olika grupper av kroniskt sjuka, det vill säga ett flödestänkande. Å andra sidan ska primärvården kunna visa på kostnadseffektivitet, produktivitet och eget resultat, det vill säga resultatorientering, vilket inte minst husläkarreformen var ett exempel på. Även om husläkarreformen aldrig kom att genomföras i sin helhet så har idén om aktiv resultatstyrning av primärvården levt vidare. Konsekvensen av motstridiga reformer blir i detta fall en försvagad identitet i och med att varken resultatorienteringen eller patientnyttan kan drivas fram som överordnad princip. Följaktligen kompliceras verksamheten inom primärvården genom att uppgifterna blir mer olikartade och genom att kraven på resultat- och flödesstyrning måste hanteras samtidigt.

Sammanfattningsvis har artikelns resonemang visat på två skilda konsekvenser av det samtidiga införandet av motstridiga organisatoriska reformer. Antingen kan enskilda kliniker eller andra enheter stärka sin identitet och organisatoriska tillhörighet eller så kan de bli föremål för splittring och professionella svårigheter. Avgörande för vad som blir fallet är svårt att entydigt definiera, men några faktorer kan urskiljas i det tidigare resonemanget. Förekomsten av en enhetlig vårdideologi eller medicinskt ensartad kompetens underlättar möjligheterna att använda reformerna för att stärka den egna verksamheten. Enheter som tillskapats speciellt med anledning av en viss reform torde ha den allra bästa

Den maktlöshet en basenhetschef kan uppleva skall vägas mot det faktum att den lokala valfriheten ofta ökar i takt med antalet nya reformer eller reformförsök

möjligheten att använda reformen för identitetsskapande. Den ordning i vilken reformerna kommer och huruvida reformerna grundar sig i ny lagstiftning eller i lokala beslut torde ha betydelse. Reformer stödda av lagstiftning ger argument för ökad aktivitet som är svåra att bortse från medan lokala initiativ i större utsträckning kan löpa risk att överges efter någon tid.

Slutligen återstår de möjligheter som den enskilda enhetens ledning har att agera. Det finns alltid möjligheter att agera aktivt på lokala enheter även om det kan upplevas som att det mesta är givet på förhand. Den maktlöshet en basenhetschef kan uppleva när reformerna kommer ofta och när de dessutom är motsägande skall vägas mot det faktum att den lokala valfriheten ofta ökar i takt med antalet nya reformer eller reformförsök. De riktigt stora svårigheterna kanske skulle uppstå om det endast funnes en reform som samtliga hälso- och sjukvårdande verksamheter var tvungna att genomföra.

REFERENSER

- Bengtsson G, Lönnberg A, Reizenstein P (1994): Etik och ekonomi i vården, Stockholm: SNS.
- Jacobsson B, Sahlin-Andersson K (1995): Skolan och det nya verket, Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Jönsson B, Rehnberg C (1987): Effektivare sjukvård, Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Scott WR (1995): Institutions and Organizations, Thousand Oaks, CA: Sage.
- SOU, Statens offentliga utredningar, 1991:46, Handikapp välfärd rättvisa: Betänkande av 1989 års handikapputredning, Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU, Statens offentliga utredningar, 1993:38, Hälso- och sjukvården i framtiden. Tre modeller: Rapport från expertgruppen till HSU 2000, Stockholm: Allmänna förlaget.
- Weick K (1995): Sensemaking in Organizations, Thousand Oaks, CA: Sage.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.