

LÅNGTIDS-  
UTREDNINGEN  
Hälsa- och  
sjukvården  
2040

PERSPEKTIVRAPPORT

# Styrning av hälso- och sjukvården



Långtidsutredningen Hälsa- och sjukvården 2040  
Perspektivrapport: Styrning av hälsa- och sjukvården  
Marie Hellström, hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Projektledare: Yvonne Lettermark, hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
yvonne.lettermark@sll.se  
November 2020

# Innehåll

Förkortningar.....	4
Sammanfattning .....	5
1. Inledning.....	6
2. Begreppet styrning .....	6
3. Metod.....	7
4. Historik och nuläge .....	8
4.1 Styrning internationellt .....	8
4.2 Styrning nationellt .....	8
4.3 Styrning regionalt .....	10
4.4 Styrning Region Stockholm .....	11
4.5 Styrning genom organisation och ledarskap.....	14
4.6 Erfarenheter av styrning utifrån FHS.....	15
4.7 Förutsättningar för styrning på systemnivå .....	16
5. Framtid .....	18
5.1 Centralisering av styrning .....	18
5.2 Tillitsbaserad styrning .....	19
5.3 Styrning från prestation till värdeskapande .....	19
6. Diskussion.....	20
7. Slutsatser .....	23
Sammanfattning av rapportens slutsatser om framtiden.....	24
8. Källor och referenser.....	25
Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälsa- och sjukvården 2040 .....	26

# Förkortningar

**FHS**

Framtidsplan för hälso- och sjukvård

**HSF**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

**HSN**

Hälso- och sjukvårdsnämnden

**HS 2040**

Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040

**RUFS**

Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen

**VKN**

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd

# 1. Sammanfattning

Denna delrapport behandlar hälso- och sjukvårdens styrning fram mot 2040 utifrån en faktabaserad analys av utvecklingen under de senaste decennierna.

**Styrning sker i många steg och bland många aktörer.**

Dimensionen av styrning är mångfacetterad och beskrivs på olika sätt i litteraturen. Hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation med kvalificerade medarbetare inom olika verksamheter, på olika nivåer, som påverkar och påverkas av styrning.

Komplexiteten inom sjukvården ökar och med den ökar också komplexiteten i samspelet mellan politik, tjänstemän och professioner på statlig, regional och kommunal nivå. Styrning sker i många steg, bland många aktörer där relationer mellan styrande och styrda skiftar.

**Prioriteringar kommer att få större fokus för styrning i framtiden.**

Resurserna att bedriva sjukvård kommer att vara begränsade såväl finansiellt som vad gäller tillgången till utbildad personal. Ställningstaganden som påverkar sjukvården utifrån gemensamma principer för prioriteringar kommer att få större fokus för styrning i framtiden.

Prioriteringar behöver också göras utifrån de målkonflikter som kan finnas. Till exempel mellan att vården ska vara såväl tillgänglig som kostnadseffektiv med bevarad valfrihet. Samtidigt som det finns en mångfald av vårdgivare vilka verkar i konkurrens.

Parallellt sker en tilltagande specialisering av vården med fler aktörer som sjukvården behöver. Styrning av sjukvården är framför allt beroende av beslut om inriktningen för hur den framtida vårdstruktur ska utformas.

**2040 kommer det att krävas nya modeller för styrning av hälso- och sjukvården.**

2040 kommer det att krävas en styrning av sjukvården som bygger på ett ömsesidigt beroende och samordning på alla nivåer, från politiker till vårdens medarbetare.

2040 kommer det också att krävas styrmodeller med närmare relation till kunskapsstyrning och som har balans mellan tillit, konkurrens och reglering med fokus på helhet och systemnivå.

Trenderna som kan spåras i den här rapporten väcker insikter om behov av nya sätt att organisera hälso- och sjukvården i Region Stockholm.

# 1. Inledning

Denna rapport belyser historisk utveckling och nuläge på en övergripande nivå med inriktning på styrning av hälso- och sjukvård.

Detta är en av flera perspektivrapporter som tas fram som underlag för diskussioner inom ramen för långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040, HS 2040. Rapporterna kommer tillsammans att bilda underlag för en slutrapport som beräknas vara klar 2022. I bilaga 1 finns sammanfattande information om utredningen.

Rapporten diskuterar olika nivåer och trender i styrning av den föränderliga kunskapsorganisation som hälso- och sjukvården utgör. Huvudfrågan är vad som behövs i form av fakta och nulägesbeskrivningar

för att se möjligheter och förutsättningar för styrning av hälso- och sjukvården, givet Region Stockholms framtida utmaningar.

Rapporten omfattar inte analyser av olika styrningsteorier. Den avgränsas också från intern verksamhetsstyrning, till exempel produktionsstyrning och digitalisering, som utövas inom en förvaltning eller hos en vårdgivare. Detta är förvisso intressanta dimensioner ur ett styrningsperspektiv, men i realiteten ligger de utanför vad Region Stockholm kan påverka på övergripande nivå.

## 2. Begreppet styrning

Styrning och styrmodeller är dynamiska begrepp med många tolkningar.

Styrning och styrmodell beskrivs på olika sätt i litteraturen och i olika offentliga verksamheters styrande dokument. Det finns inga gemensamma eller allmänt vedertagna definitioner.

I den här rapporten används begreppet styrning för att beskriva insatser som syftar till att påverka processer och resultat inom en organisation eller verksamhet. Styrning kan liknas vid förhållningsregler som den styrande parten sätter upp för att leda mot en framtida

vision och fastställda mål. För att veta vad man ska styra mot måste man först ha identifierat vad som ska åstadkommas. För att veta om styrningen leder mot fastställda mål bör mått och mätpunkter ha definierats, att stämma av mot för att se om man rör sig i riktning mot det som ska uppnås.

En styrmodell kan ses som en övergripande idé om hur olika insatser inom styrning ska utformas i förhållande till varandra och ur ett helhetsperspektiv.

## 3. Metod

Arbetet med rapporten har baserats på fakta i syfte att skapa en kunskapsbas inför diskussioner om styrning i en framtida hälso- och sjukvård.

Utredningar och rapporter från både statlig och regional nivå inom området styrning har använts som underlag för denna delrapport. Däribland Framtidsplan för hälso- och sjukvården, FHS, och Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUF5, 2050.

Internationella, nationella och regionala ansatser och strömningar inom området har nyttjats. Dessutom har en del relevant vetenskaplig litteratur beaktats. Vidare har workshops med tjänstemän, experter och politiker gett underlag till arbetet.

Rapporten ger både en historisk tillbakablick sedan 1990-talet och en beskrivning av nuläget. Med hjälp av utvecklingen de gångna åren har resonemang förts för att bedöma trender framöver. Arbetet har syftat till att belysa perspektivet styrning och spåra faktorer som behöver beaktas vid styrning av den framtida hälso- och sjukvården i Region Stockholm.



## 4. Historik och nuläge

Styrning av hälso- och sjukvård sker i omvärlden med olika reformer, även om det i stort är samma utmaningar som behöver lösas. I Sverige har styrningen varit densamma de senaste decennierna.

### 4.1 Styrning internationellt

I omvärlden har det under senare år genomförts reformer för att möta olika utmaningar inom hälso- och sjukvård. Till exempel bristande geografisk likvärdighet i medicinsk behandling, långa väntetider, svårigheter att koncentrera specialiserad vård och behov av kostnadseffektivitet.

Reformer har utförts i Norge och Danmark för att skapa ökad statlig styrning och större regioner. I England har det skett en decentralisering av ansvar med tydlig mål- och resultatstyrning samt med stora resurstillskott för ökad produktivitet. I Nederländerna har en ändrad styrning skett genom konkurrensutsättning av beställarorganisationen, vilket resulterat i ett försäkringssystem och avreglerad prissättning. Skottland har valt att organisera hälso- och sjukvården utanför marknadens inflytande.

Styrning genom personcentrerad vård som förtecken finns till exempel i Alaska sedan några decennier. Hälso- och sjukvårdssystemet bedrivs i form av kooperativ där invånarna äger den verksamhet som de får vård i. Delat ansvar mellan invånaren och vårdgivaren är centralt.

En global riktning för styrning inom offentlig sektor bygger på resultatstyrning och prestationsmätning med metoder hämtade från det privata näringslivet. Ett exempel på denna riktning, som lanserades redan för 30 år sedan, är New Public Management. Syftet med denna typ av styrning är att öka effektiviteten för att skapa bättre användning av de begränsade och gemensamma resurserna.

I början av 2000-talet introducerades konceptet värdebaserad vård. Det togs fram i USA mot bakgrund av en ny hälso- och sjukvårdsreform där en del av ersättningen till vårdgivarna baserades på hälsoresultat i stället för ersättning för gjorda insatser. Konceptet har sina rötter i generella företagsekonomiska modeller för värdebaserad styrning. Målet är en sjukvård som skapar värde för patienten, snarare än utbud av produktion för att möta vårdbehoven.

De olika reformernas förväntade effekter är blandade. De flesta har inriktats på ökad tillgänglighet och produktivitet, högre kvalitet och bättre styrning av specialiserad vård. På flera håll har primärvården varit i mindre fokus. Något som gör att utmaningar kvarstår i att skapa sammanhållen och förebyggande vård, incitament för samverkan samt ansvarsfördelning med kommunal vård och omsorg.

Det är svårt att isolera effekter i ett hälso- och sjukvårdssystem av enskilda reformer i förhållande till andra reformer. Det finns många beroenden som kan påverka en utveckling.

### 4.2 Styrning nationellt

Staten i form av riksdag, regering och statliga myndigheter styr hälso- och sjukvården på olika sätt. Styrningen sker genom att stifta lagar, besluta om regler och förordningar, ta fram riktlinjer, uppföljning och utvärdering samt utövning av tillsyn. Staten kan också påverka vården genom finansiella statsbidrag som kan vara generella eller riktade.

Det finns en stor utvecklingskraft i den nationella styrningen, vilken har ökat på senare år. Bland annat genom riktade statsbidrag, nationell kunskapsstyrning, lagstadgad nivåstrukturerad av högspecialiserad vård och etablering av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Den samlade nationella styrningen är delvis detaljerad. Styrsignalerna är många och planeringshorisonten går långt in i framtiden. Styrningen kan rikta sig till olika nivåer inom den sjukvård som regionerna ansvarar för: organisationen, verksamheterna eller professioner.

Tre större utredningar har under de senaste åren syftat till att ge staten vägledning i hur hälso- och sjukvården kan styras och påverkas så att de nationella målen för hälso- och sjukvården kan uppnås.

*Tillitsdelegationen, Tillitsreformen*, tillsattes 2016 efter debatt i media om styrningen i offentlig sektor. Denna utredning syftar till att utveckla en tillitsbaserad





styrning med fokus på att i större omfattning ta vara på medarbetares kunskap, kompetens och erfarenhet. Tillitsreformen slår fast att handlingsfriheten behöver öka och detaljstyrningen minska för att därigenom bidra till högre kvalitet för invånare och vårdgivare.

*Samordnad utveckling för god och nära vård* som tillsattes 2017 är den mest omfattade utredningen på

senare år. Flera delbetänkanden har presenterats, det senaste publicerades i april 2020. Utredningen bedömer att hälso- och sjukvårdssystemet är i behov av reformering. Resurser ska styras till de delar i systemet som har förutsättningar att hantera närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En stark och adekvat resurssatt primärvård som bas anses vara ett

steg på vägen i utvecklingen av en modern, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård.

*Styrning för en mer jämlik vård* tillsattes 2017 för att utreda hur jämlik och behovsbaserad vård kan främjas bättre. Hösten 2019 kom slutbetänkandet som främst berör behov av horisontell prioritering med styrning mot en mer resurs- och kompetensmässigt stark nära vård. Patientperspektivet behöver stärkas och den digitala revolutionen behöver få ett brett genomslag. Effektiviteten på systemnivå behöver öka inom hela den offentligt finansierade sjukvården och skillnaderna i regionernas styrning behöver minska.

### 4.3 Styrning regionalt

Den politiska styrningen inom hälso- och sjukvård sker framför allt på regional nivå där en politiskt vald församling, regionfullmäktige, leder verksamheten. Genom egen beskattningsrätt har regionerna stor självständighet gentemot den nationella nivån, vilket bygger på en lång tradition av kommunalt självstyre. Regionerna styrs främst av kommunallagen tillsammans med andra speciallagar, så som hälso- och sjukvårdslagen.

Regional styrning ger förutsättningar för anpassningar utifrån olika regioners behov och ger invånarna möjlighet att påverka politiska beslut som rör deras vardag. Den regionala styrningen har en planeringshorisont på flera år och utgår från invånarens behov och krav på vård i balansering med kapacitet i budget. Politisk styrning sker på övergripande nivå eftersom den bygger på de förtroendevaldas begränsade kunskap, i jämförelse med den detaljerade kunskap som finns inom tjänstemannaorganisationen och hos professionerna.

Den regionala styrningen påverkas av statens styrning, där en och samma styrsignal kan ge olika effekt i regionerna beroende på olika utmaningar och förutsättningar. Styrningen påverkas även av de lagar som reglerar regionernas offentliga upphandlingar. Regionerna påverkas också av EU, till exempel genom regelstyrning.

Regionernas, tidigare landstingens, styrning byggde under många år på totalansvar för produktionen. Verksamheten styrdes med budget och anslag till enskilda verksamhetsområden. Styrningen var i princip densamma i alla landsting. I början av 90-talet skedde en genomgripande förändring i styrning när beställar-utförarmodell infördes på bred front.

Regionernas styrmodeller är idag relativt lika. Tre huvudsakliga styrmodeller kan urskiljas; beställar-utförarmodell, fullmäktigeförstärkt eller styrelseförstärkt politisk organisation.

Beställar- utförarmodell tillämpas inom de större regionerna så som Stockholm, Skåne, Västra Götaland, Uppsala, Sörmland och Östergötland. Vad som utifrån

modellhänseende mest skiljer de olika regionerna åt är det totala utbudet av sjukvård och inslaget av privata utförare.

#### 4.3.1 Beställar- utförarmodell

Beställar- utförarmodellen har sitt ursprung i England utifrån kritik om att styrning och förvaltning inom offentliga organisationer generellt behövde bli mer rationella. Modellen, som utvecklades under 1990-talet, ledde till att mål- och resultatstyrning infördes i syfte att öka effektiviteten.

Utgångspunkten för modellen var en organisatorisk indelning i beställare och utförare. Relationen mellan dem skulle regleras genom avtal. Genom att separera beställare och utförare skulle beställaren stå mer fri från vårdgivares intressen och utföraren bli mer fristående från direkt politisk styrning. En högre grad av demokratisk förankring skulle åstadkommas genom ett större inflytande för invånarna över beställaren via politiken.

Beställar- utförarmodellen medgav flexibilitet att anlita utförare som hade andra huvudmän än lands-tinget. Konkurrens som skapades mellan utförare bedömdes främja kvalitet och affärsmässighet. Det förväntades leda till att verksamheter som inte var konkurrenskraftiga skulle slås ut, vilket skulle befrämja systemets effektivitet.

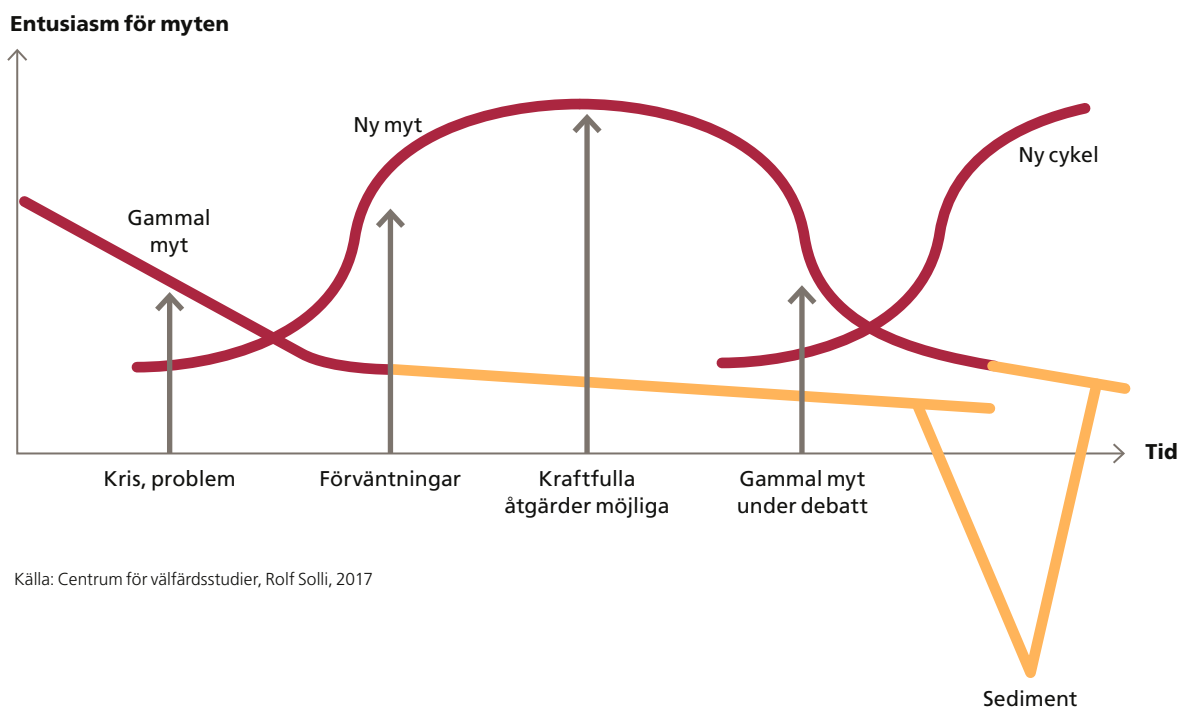
Beställar-utförarmodellen är, som beskrivits ovan, den mest etablerade i svensk hälso- och sjukvård. Regionerna är visserligen fortsatt dominerande producer i vården, men även den verksamheten styrs av avtal med en beställare. Modellen har ifrågasatts genom åren. Få fördjupade utvärderingar har genomförts och kritikerna har inte presenterat alternativa förslag på nya modeller.

I en utvärdering i Region Västra Götaland från 2017 beskrivs att modellen överlevt i en tid då olika styrmodeller uppkommit, spridits, antagits och avvecklats. Modellen har blivit en mix av tillämpningar tillsammans med den praxis som olika idéer givit upphov till och som lever kvar som sediment, se figur 1.

Utvärderingen menar att modellen stödjer demokratiutveckling genom att förtroendeuppdrag skapas. Samtidigt råder begränsade möjligheter för enskilda politiker att utöva inflytande över verksamheter. Kopplingen till invånarna och deras intressen blir ofta svag. Komplexitet, otydlig ansvarsfördelning och oklarheter i relationerna mellan olika aktörer och institutionaliserade beteenden ifrågasätts. Effekterna av flexibiliteten i modellen har inte fullt ut använts eller uppnåtts, till exempel avveckling av ineffektiva verksamheter som följd av bristande konkurrenskraft.

Region Skåne utvärderade modellen 2012 utifrån ändamålsenlighet och effektivitet i ekonomi- och verksamhetsperspektiv. Kopplingen mellan ekonomi-

Figur 1: Modellidéer kommer, genomförs och avvecklas men lever kvar.



styrning, verksamhet och planering bedömdes vara svag. Alltför många osynkroniserade parallella styrsystem ansågs leda till luckor och överlappningar. Något som skapar problem i organisationen och för möjligheten att genomföra förvaltningsuppdrag.

Ett begrepp som dykt upp i litteratur och debatt på senare år är post New Public Management. Begreppet har en koppling till tillitsstyrning och innebär att tjänster inom välfärden bör erbjudas av många olika utförare där offentliga och privata bidrar tillsammans. Det förespråkas att styrning sker genom nätverk och samarbeten som alternativ till självständig decentralisering. Istället för ensidigt fokus på produktion och kostnad krävs att invånarna involveras genom samverkan och öppen dialog. I dag finns ännu inga handfasta idéer om hur en sådan alternativ styrmodell praktiskt ska tillämpas.

#### 4.4 Styrning Region Stockholm

Region Stockholm tillämpar sedan 1999 den organisatoriska indelningen beställar-utförarmodellen. Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, har rollen som beställare och formulerar på strategisk nivå *vad* som ska utföras i sjukvården. Utförare är vårdgivare som på operativ nivå ansvarar för *hur* vården ska utföras. Sedan 2003 är beställarorganisationen centraliserad till hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF.

Utöver beställare och utförare finns det en tredje roll i den organisatoriska indelning; finansiären som ger

uppdrag åt beställaren. I Region Stockholm fungerar politiken både som finansiär och som beställare.

##### 4.4.1 Övergripande styrning

Regionfullmäktige är högsta beslutande organ i Region Stockholm. Regionstyrelsen utses av fullmäktige att leda och samordna arbetet. Det främsta styrande dokument är budget med av fullmäktige fastställda mål som gäller för Region Stockholms alla verksamheter. I budget finns också uppdrag angivna för att åstadkomma konkreta förändringar inom definierade områden. Dessa ska vara kopplade till mål och vara väl avvägda i förhållande till en nämnd eller ett bolags ansvarsområde. Utöver budget finns ett femtiotal andra styrande eller vägledande dokument. Grunden i Region Stockholms styrmodell bygger på integration av ledning och styrning, där målstyrning samt ekonomistyrning ska säkra de övergripande målen. Målen för kärnverksamheten hälso- och sjukvården präglas av korta värdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare.

Målstyrning innebär att styra utifrån uppsatta mål. Förenklat tilldelas självständiga verksamheter ett eller flera mål som ska uppfyllas. Verksamheterna kan sedan självständigt bestämma hur målen ska uppnås på ändamålsenligt sätt. Uppföljning av måluppfyllelse är central för att säkerställa avsedd effekt. Måluppfyllelse mäts genom indikatorer med målvärden som tidsangi-

vits. Indikatorerna kan mäta processer eller resultat. Ekonomistyrning kan liknas vid ett system av gemensamma arbetssätt och processer för att planera, styra och följa upp verksamhetens ekonomi. Detta sker till exempel vid prognostisering och uppföljning av ekonomiskt utfall för en avdelning, en hel verksamhet eller aggregerat för hela koncernen vid månads-, tertial- och årsbokslut.

HSN och vårdens kunskapsstyrningsnämnd, VKN, fattar beslut om hälso- och sjukvård på uppdrag av fullmäktige. HSN och VKN har jämställda positioner i den politiska styrningen och ska se till att hälso- och sjukvården utformas och följs upp ändamålsenligt, utifrån befolkningens behov i enlighet med fullmäktiges mål.

Figur 2 visar en schematisk översikt som underlag för att resonera kring olika aspekter av styrning. Observera att figuren inte speglar detaljer i organisationen eller i ansvarsfördelning.

#### 4.4.2 Beställarstyrning och kunskapsstyrning

HSF har på uppdrag av HSN ansvar för beställarstyrning och på uppdrag av VKN ansvar för kunskapsstyrning. Det innebär att hälso- och sjukvårdssystemet planeras, utvecklas och följs upp på strategisk nivå utifrån den inriktning och mål som framgår av budget.

HSF:s uppdrag innebär att ha baskunskap om hela hälso- och sjukvårdssystemet samt att ha en plan för hur systemet ska samordnas och fungera ur en rad olika aspekter.

Beställarstyrning utformas främst via avtal och överenskommelser med olika utförare, ibland benämnd som avtalsstyrning, via den lagstiftning som gäller med olika avtalsformer:

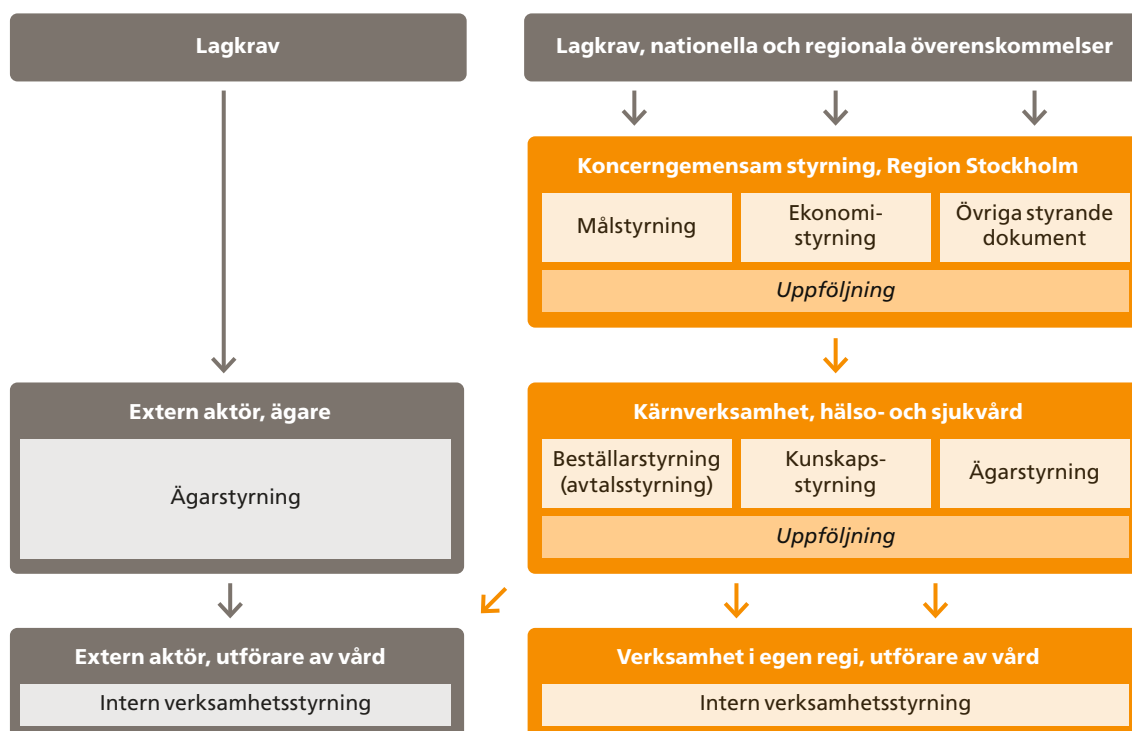
- Direktavtal – för utförare i egen regi.
- Lag om valfrihetssystem, LOV – så kallat vårdval – för privata utförare.
- Lag om offentlig upphandling, LOU, för privata utförare.
- Lag om läkarvårdsersättning/ersättning för fysioterapi, LOL/LOF, samverkansavtal – så kallad nationell taxa – för privata utförare.

Inom lagstiftning för upphandling ryms flera alternativa förfaranden. Begreppet innovationsupphandling nämns ofta men är ingen egen form av upphandling. Det är istället ett formaliserat sätt att främja utveckling och innovativa genom att efterfråga eller tillåta nya lösningar inom ramen för LOU. Ett annat alternativ är så kallat idéburet offentligt partnerskap, en samverkanform för upphandling i samarbete mellan offentlig och idéburen sektor.

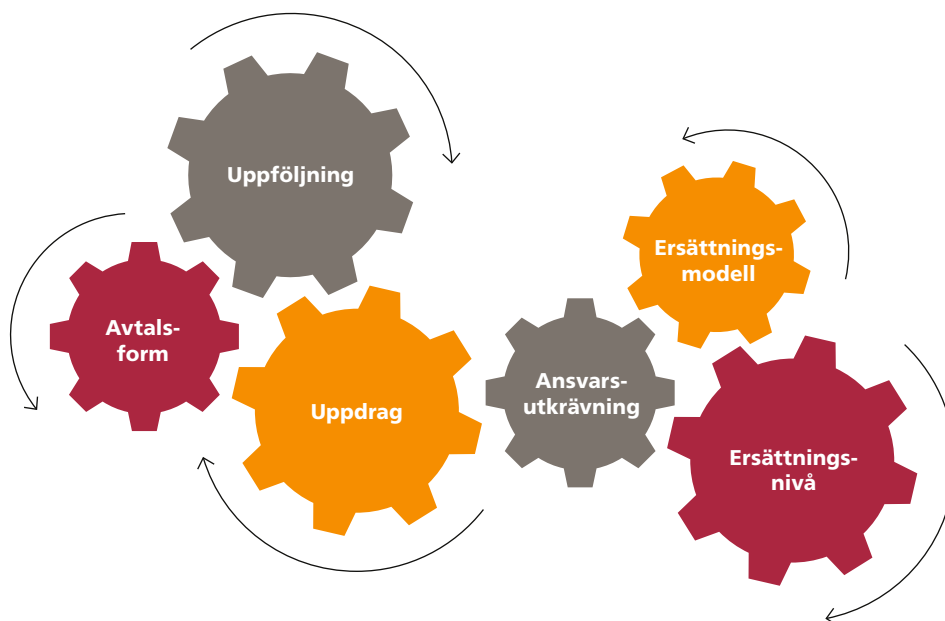
Val av avtalsform är helt grundläggande för beställarstyrning. Avtalsform i kombination med relevanta incitament och ansvarsutkrävning ska stödja möjligheten att förverkliga de övergripande målen för sjukvården.

Val av avtalsform kräver olika ställningstagande. Budget, strategisk inriktning och ekonomiska förut-

Figur 2: Styrning Region Stockholm – en översikt (HSN 2019–1461)



Figur 3: Olika delar i ett avtal länkas ihop som kugghjul (HSN 2019–1461).



sättningar ska beaktas. Patientens behov ska beskrivas, liksom förutsättningar för jämlik och geografisk fördelning av vårdutbudet. Marknadssituation och lämplighet med konkurrensutsättning av vårdavtalsområdet ska bedömas. Över tid behöver avtalsformer omprövas. Till exempel för att bättre möta nya krav på styrning, förändringar i medicinteknisk utveckling, ändrade patientbehov eller för att bromsa hög kostnadsutveckling.

När avtalsform är vald ska uppdraget för vårdavtalsområdet beskrivas. Att formulera själva vårdtjänsten i avtalet i förhållande till andra vårdavtalsområden eller vårdformers uppdrag är den mest utmanande delen av styrningen. Det är hur väl uppdraget är formulerat och avgränsat som styr hur ersättningsmodeller och uppföljningsmodeller sedan kan konstrueras. Om ett uppdrag är komplext formulerat leder det oftast till komplexa och administrativt betungande modeller för ersättning och uppföljning.

Ersättningsmodell blandas många gånger ihop med ersättningsnivå, men dessa begrepp omfattar två separata styrinsatser. En ersättningsmodell beskriver vilka förutsättningar som gäller för att en ersättning ska utbetalas. Ersättningsnivån reglerar storleken på utbetalningen. I litteraturen ifrågasätts allt mer om den ultimata ersättningsmodellen finns. Den är en relativ trubbig styrinsats för vilken vissa, ibland oönskade, bieffekter kan förväntas.

Ramverk och modeller för uppföljning utgör väsentliga verktyg för att utveckla sjukvården. Uppföljning per avtal, per vårdavtalsområde och på systemnivå är viktiga förutsättningar för beställarstyrning. För varje

vårdavtalsområde behöver förbättringar och åtgärder bedömas, möjligheter och risker vägas mot varandra samt påverkan på systemnivån analyseras. Genom uppföljning utvärderas de samlade effekterna av förändringar i sjukvården. Digitalisering och automatisering av inhämtade data bör skapa bättre förutsättningar för uppföljning och utvärdering.

Utformningen av de olika delarna i ett avtal samt dess förhållande till närliggande vårdavtalsområden bör vara samstämmiga för att ge effekt. Helheten och styrning sammantaget för varje enskilt vårdavtalsområde behöver beaktas. Delarna inom ett avtal behöver länkas ihop för att uppnå en optimal styrning, se figur 3.

Beställarstyrningen är komplicerad med många beroende att ta hänsyn till. Förutom det direkta kärnuppdraget i den avtalsrelaterade delen innefattar beställarstyrningen också intimt förbundna områden som ska planeras, utredas och samordnas. Bland annat vårdgivarkontakter, underlag till politiken, legala frågor, investeringsbehov, utbildnings- och kompetensförsörjningsfrågor, relationen till forskning, läkemedel, kommunikation- och informationsinsatser samt utveckling och förvaltning av IT-verktyg/stödsystem.

Förutsättningar för en mer kunskapsbaserad styrning av vård skapades 2019 genom att ett nytt system för kunskapsstyrning etablerades i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. Det skapades som en följd av att landets regioner tillsammans bildat ett nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. På nationell nivå arbetar experter inom olika specialiteter i en rad nationella programområden bland annat med

att ta fram nationella kunskapsstöd. I sjukvårdsregion Stockholm-Gotland arbetar sakkunniga i regionala programområden bland annat med att göra nationella kunskapsstöd tillgängliga i mötet mellan vårdens medarbetare och patienten, följa upp och analysera behandlingsresultat och verka för förbättringar i vårdens verksamheter.

Kunskapsstyrningen bygger på samspel mellan nationell, regional och utförarenivå med mål att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik, kunskapsbaserad och effektiv såväl mellan som inom regionerna.

Kunskapsstyrning omfattar i praktiken bland annat vårdprogram, nivåstrukturer, läkemedelsfrågor i patientperspektiv, öppna prioriteringar och övergripande patientstyrning samt analys, utvärdering och uppföljning av behandlingsresultat. Det förutsätter professionell delaktighet och förbättringsarbete i vården, samskapande patienter samt ändamålsenlig infrastruktur. Hur arbetet för att kunskapsstyrning bäst ska stödja beslut baserade på kunskap beskrevs schematiskt redan 2017, se figur 4.

Beställarstyrning och kunskapsstyrning är kommuniserande kärn, och behöver utvecklas löpande i alla

delar för att formas, förändras och förbättras. Den sammantagna styrningen behöver analyseras och synkroniseras med den strategiska inriktningen för sjukvården. Det bör klargöras vad som ska uppnås och hur mätningar av måluppfyllelser ska genomföras för att säkra en utveckling i önskad riktning.

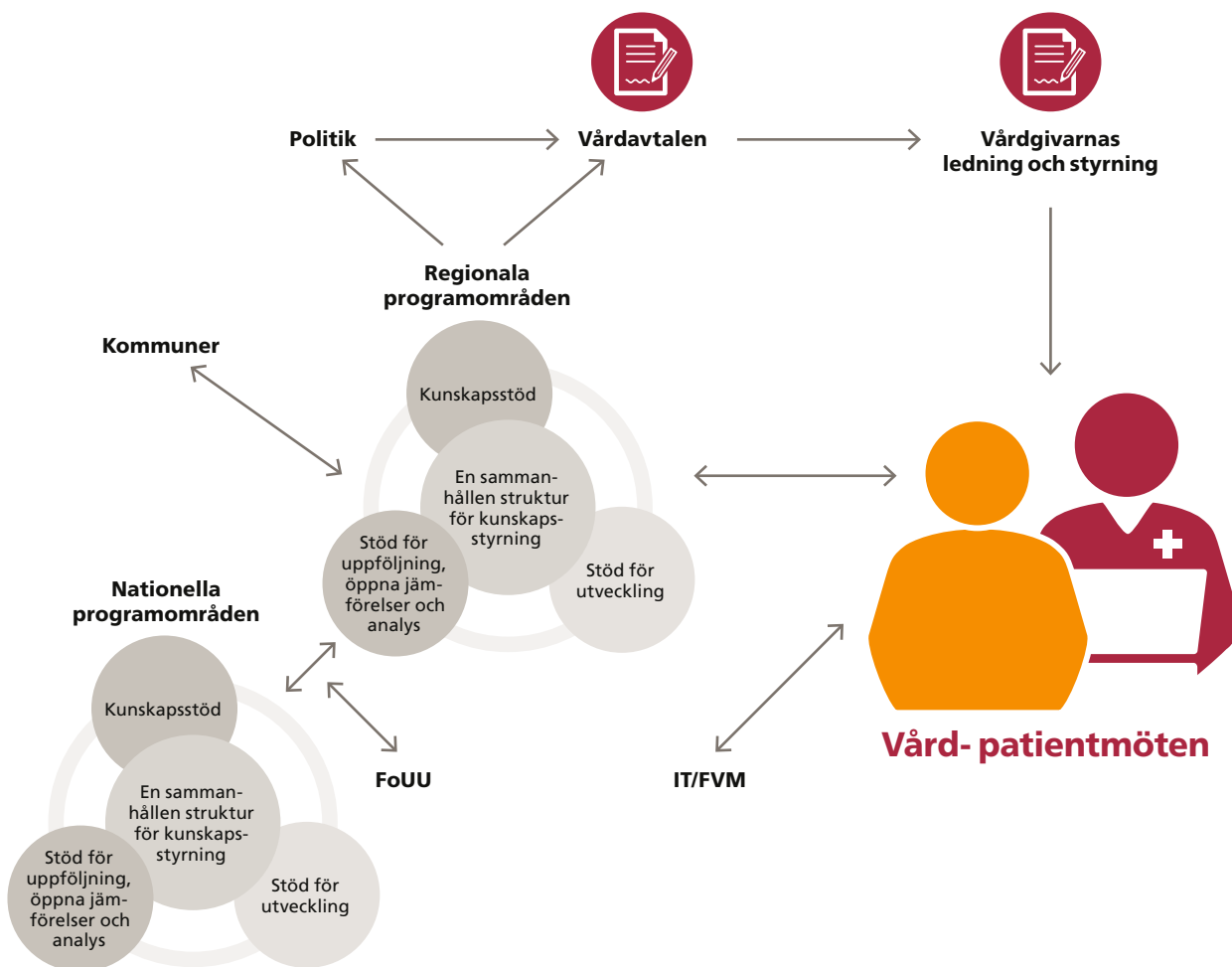
#### 4.5 Styrning genom organisation och ledarskap

Hälso- och sjukvård är en kunskapsorganisation med kvalificerade medarbetare på olika nivåer och inom olika verksamheter som påverkar och påverkas av styrning. Exempel på vad som påverkar styrningen är medarbetarens identitet och tankesätt, hur chefer ser på sitt ledarskap, organisationens kultur, värderingar och vad som ska prioriteras samt den enskildes mandat.

Ledarskap är en förutsättning för det utvecklingsarbete som behövs i hälso- och sjukvården. Det finns behov av utökad tillitsbaserad styrning i hela styrkedjan, från politiker till medarbetare, samt mellan verksamheter och organisationer.

Ledarskapet har stor betydelse för såväl medarbetarens som organisationens hälsa. Ledarskap och styrning

Figur4: Samband för framgångsrik kunskapsstyrning (HSN 2017–1868).



Figur 5: FHS målbild 2025.



i sammansatta organisationer med starka professionsstrukturer behöver präglas av att skapa mening och riktning för medarbetarna. Organisationen bör utformas med fokus på ett tillitsorienterat arbetssätt och medarbetarnas engagemang för verksamhetens uppdrag.

Ledarskapet utövas på flera nivåer och kan vara såväl formellt som informellt. Chefer har ett formellt ansvar för en verksamhet och dess utveckling. Informellt ledarskap sker genom olika former av kontakter på alla nivåer. Samspelet mellan formell och informell styrning har betydelse, särskilt i stora och komplexa organisationer. Informell styrning kan kompensera för stelhet i det formella men också leda till osäkerhet om styrning drar åt olika riktningar.

I sjukvården kräver ledarskap systemförståelse för den sammansatta miljön med flera olika, och ibland motstridiga, intressen från politiken, förvaltningen, professionen och patienten. Det är inte ovanligt att individer och olika enheter inom en och samma organisation har skilda mål och prioriteringar gällande styrning.

#### 4.6 Erfarenheter av styrning utifrån FHS

I Region Stockholm är Framtidens hälso- och sjukvård, FHS, ett avgörande fundament för styrningen av hälso- och sjukvården. FHS är en viljeinriktning på

lång sikt som fastställts av fullmäktige utifrån antaganden som formulerades 2011. Till exempel om demografisk utveckling, patientens inflytande, skatteintäkter, investeringar, vårdvolym och en ekonomi i balans. FHS målbild för 2025 är förbättrad tillgänglighet, god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet, se figur 5.

Utifrån den strategiska inriktningen är utvecklingen integrerad i ordinarie styrning, i enlighet med målbilden. Nedan beskrivs kort vad som hittills åstadkomits i vårdstrukturen utifrån huvudstrategierna.

- Husläkarverksamheten håller på att utvecklas som nav för ett förbättrat omhändertagande i en sammanhållen vård nära patienten. En övergripande strategisk inriktning för primärvården är beslutad.
- Den specialiserade vården utanför akutsjukhusen har utvecklats genom LOV och LOU inom de flesta vårdavtalsområden samt inom ett flertal akademiska specialistcentra.
- En struktur för akut omhändertagande är införd med två nya vårdformer: närakut och intensivakut.
- Akutsjukhusens uppdrag renodlas successivt där Karolinska Universitetssjukhuset Solna har ansvar för den högspecialiserade vården.
- I analyser av vårdkvaliteten syns trender av förbättring, även om det skiljer sig stort mellan olika specialiteter och specifika indikatorer.

Genomförandet av FHS påverkas av många gränssnitt och osäkra faktorer i omvärlden. Den snabba förändringstakten inom sjukvårdens alla dimensioner gör att möjligheterna till styrning kan bli begränsade. Vissa förutsättningar har ändrats fortare än vad som förutsågs 2011. Till exempel patientens sätt att söka vård, den ökade digitaliseringen, mångfalden av vårdgivare, fler behandlingar och operation som kan ske i öppen-vård, andra yrkeskategorier än läkare som tar hand om patienter, behov av slutenvård och ny medicin-teknik.

Den avrapportering av FHS till fullmäktige som gjordes årligen under 2012–2014 ("Första, andra och tredje steget i genomförandet") resulterade i en möjlighet att justera huvudstrategierna utifrån utfall. En erfarenhet är att det behövs ännu mer konkreta inriktningsplaner med kortare tidshorisonter i genomförandefasen, för att bättre kunna korrigera styrningen i förhållande till huvudstrategierna.

Lärdomar är att kvantitativa mått av vårdflöden löpande behöver justeras utifrån vårdbehovsprognoser och vårdproduktion. Investeringarna behöver synkroniseras än starkare med vårdbehov samt med planeringen och beställningen av sjukvård. Investeringarna med långa planeringsperioder riskerar annars bli det som styr inriktningen istället för vårdbehov och vårdens utveckling och innovation.

Tanken med ett nätverk av vårdgivare inom hälso- och sjukvård och omsorg som samverkar för en sammanhållen vård tillsammans med patienten behöver fortsatt utvecklas. Snarare än att specifika vårdgivares uppdrag och fysiska byggnaders möjligheter är styrande i en framtida vårdstruktur. En grundförutsättning är möjligheten att skapa tillitsfulla relationer där många olika utförare och kompetenser är involverade i en och samma patients vårdförlopp. Strukturen för regler och stöd som gäller samverkan, hänvisning och remittering av patienter inom vårdssystemet behöver utvecklas och bli robustare. Detta kan underlättas genom digital och teknologisk utveckling samt en fungerande vårdinformationsmiljö.

Det återstår några år till 2025 och genomförandet av FHS pågår. En fortsatt utmaning är kompetensförsörjning med rätt kompetens på rätt plats, vilket är starkt kopplat till säker vård och möjligheten till väl bemannade vårdplatser. Andra utmaningar är forskning och utbildning som behöver kunna ske integrerat i vården, samt preventivt och hälsofrämjande arbete som behöver öka.

Risk- och konsekvensbedömning av stora förändringar som planeras i hälso- och sjukvårdssystemet behöver bli mer stringent. Likaså behövs metoder för att mer rättvisande kunna mäta och utvärdera om vården till exempel utvecklas personanpassat, jämlikt och effektivt. Beställarens förmåga att ha helhetssyn

och att samordna hälso- och sjukvårdssystemet behöver stärkas.

#### 4.7 Förutsättningar för styrning på systemnivå

Historiskt har vården i Region Stockholm bedrivits i egen regi. Under 1990-talet tog LOU fart som avtalsform. Redan 2001 infördes ett valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård. Avtalsformen LOV – vårdval – trädde i kraft 2009, efter ett riksdagsbeslut, och blev obligatorisk för primärvården i hela landet. I samband med det började Region Stockholm tillämpa vårdval för bland annat husläkarverksamhet, mödravårdscentral och barnvårdscentral. Valfrihet, ökad mångfald och konkurrensutsättning via vårdval blev då viktiga för styrningen av sjukvården. Idag finns vårdval inom 39 vårdavtalsområden.

Strukturen i hälso- och sjukvården är sammansatt. Det totala antalet unika vårdgivare inom Region Stockholm var 2019 cirka 1 200. I antal avtal, beroende av hur man räknar, var de cirka 2 400. Avtal finns med allt från en enskild verksam specialist till ett helt akutsjukhus. Av all hälso- och sjukvård bedrivs två tredjedelar av utförare i egen regi och en tredjedel av privata utförare.

Utöver det finns cirka 800 vårdgivare som verkar på nationell taxa, det vill säga de arbetar utifrån ett lagstyrt system, LOL/LOF, som är knutet till egen fysisk person. Det har varit en politisk önskan genom åren att försöka införliva dessa vårdgivare till avtalsformen vårdval, något som dock inte lyckats så väl hittills.

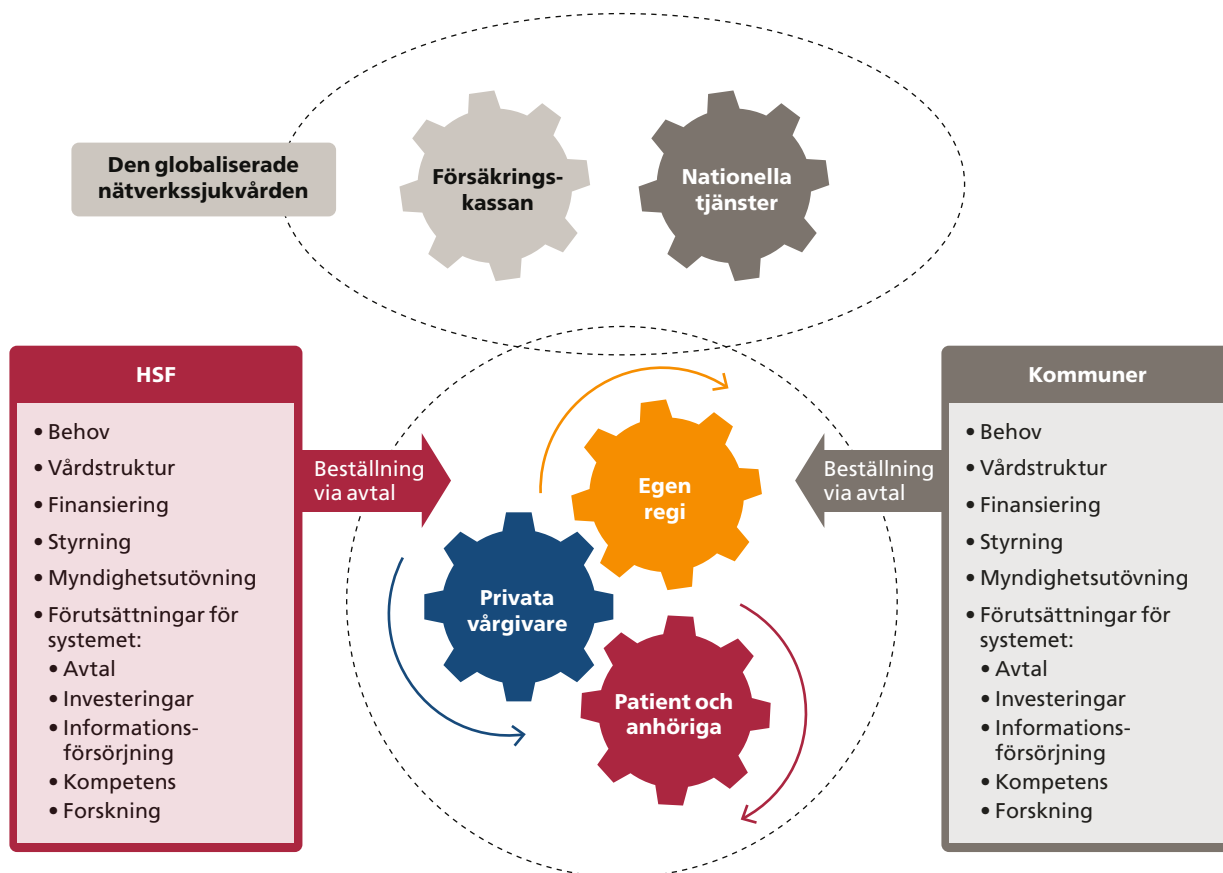
Utvecklingen genom FHS har medverkat till att forma strukturen i vården till vad den är idag. För invånaren har det inneburit möjligheter såsom större frihet att välja vårdgivare och ökad tillgänglighet till vård, till stor del genom de olika vårdvalen. FHS har också varit grunden för omställningen mot att den specialiserade vården i högre grad bedrivs utanför akutsjukhusen. Å andra sidan har omställningen skapat en vårdstruktur med olika vårdformer och en stor mängd avtal som försvårar till exempel styrning och samordning på systemnivå.

Alla avtalsformer kräver mycket arbete med att noggrant utforma uppdrag, ersättningsmodeller och uppföljningsmodeller samt med att utvecklas och förvaltas. Inom avtalsformen vårdval blir detta påtagligt genom mängden vårdgivare och avtal. Detta faktum har bidragit till viss kritik av att avtalsformen tillämpas generöst.

Region Stockholm beställer vård och har samtidigt rollen som ägare av verksamheter i egen regi. Därmed idkas för egen regi såväl beställarstyrning som ägarstyrning. För privata utförare sker styrning från två håll. Dels från Region Stockholm genom beställarstyrning, dels från den egna ägaren. Region Stockholm har



Figur 6: Konceptuell bild över systemen för hälso- och sjukvård och för omsorg inom Region Stockholm.



mer begränsade möjligheter att styra över de utförare, läkare och fysioterapeuter som verkar på "nationell taxa". Avtalen med dessa är lagstyrda och ersättningen förhandlas fram mellan professionernas fackförbund och Sveriges Kommuner och Regioner.

Styrningen av hälso- och sjukvården påverkas också av huvudmannaskap för verksamheter som angränsar till sjukvård, såsom kommunal vård och omsorg. Patienter i Region Stockholm kan dessutom söka vård i andra regioner och i andra länder genom valfrihet och Patientlagen. Den vård som erbjuds där har Region Stockholm begränsade möjligheter att styra.

I denna sammansatta vårdstruktur ansvarar HSF för att åstadkomma en ändamålsenlig beställarstyrning och kunskapsstyrning samt säkra integrering av olika delar i hälso- och sjukvårdssystemet som är beroende av varandra. Se figur 6.

Den stora mängden vårdgivare, antal avtal och olika ägarintressen och externa styrnsignaler medför styrning från flera håll. Dessa styrningsprocesser kan stundtals motverka varandra. Önskade bieffekter av styrning kan lätt uppkomma i andra delar av vårdstrukturen än de avsedda. En förutsättning för att en ändamålsenlig styrning på systemnivå ska kunna uppnås är att det finns klarhet i olika aktörers roller och

mandat. Det är viktigt både för att nå uppsatta mål och hushållning med vårdens begränsade resurser.

Alla som är verksamma inom Region Stockholm påverkas också av styrnsignaler från invånaren, den enskilde patienten, patientföreningar, professionerna, media, medicin- och teknikindustrin, forskare, opinionsbildare eller andra med intressen i vården.

Under 2020 påverkades hela Region Stockholm genom en snabb omställning och styrning av hälso- och sjukvårdssystemet för att möta den globala pandemin covid-19. Detta genom att regionen gick upp i regionalt stabsläge, vilket innebär en förstärkt ledning och organisation så kallad regional särskild sjukvårdsledning, RSSL. Insatserna samordnades i ett intensivt samarbete med de lokala särskilda sjukvårdsledningarna hos vårdgivarna. Samarbetet var också tätt med berörda myndigheter och kommuner. RSSL fattade beslut och vidtog åtgärder för förstärkning av viktiga funktioner i hälso- och sjukvården. Inriktningen var att bibehålla medicinsk kvalitet och bidra till minimerad smittspridning och att behövliga smittskyddsåtgärder vidtog.

De långsiktiga effekterna av pandemin på styrningen av hälso- och sjukvårdssystemet behöver analyseras samt värderas för framtida strategival.

## 5. Framtid

Frågan om hur styrning av hälso- och sjukvård kommer att utvecklas fram till 2040 är öppen.

Ett sätt att försöka besvara frågan om framtiden är att se på hur historiken ser ut, vilken har beskrivits tidigare i rapporten. Med utgångspunkt i historiken kan olika framtidsscenarier skapas baserade på något av följande antaganden.

1. Att styrningen kan/bör fortsätta så som tidigare.
2. Att vissa faktorer som påverkar styrning mot uppsatta mål och visioner kommer att förändras i varierande omfattning jämfört med de senaste 30 åren.
3. Att händelser eller faktorer kommer att inträffa som leder till påtagliga behov av förändringar i styrning.

Att förutsäga händelser av det sistnämnda slaget är inte omöjligt men svårt och medför stor osäkerhet, oavsett vilken modell som används. Det är kring mer stabila trender som det finns störst möjlighet att göra tillförlitliga antaganden. I följande avsnitt utgår resonemanget till största del från alternativ 2 för att komma fram till en sannolik utveckling.

Med utgångspunkt i tidigare delrapporter från HS 2040 och nuläget i denna rapport har tre generella övergripande trender identifierats som beskrivs nedan.

### 5.1 Centralisering av styrning

Nationell och regional styrning av hälso- och sjukvård påverkas av globalisering och EU-riktlinjer. Likaså



påverkas den av invånarens och patientens möjlighet att välja var och när denne vill ha vård.

Det märks en trend av centralisering med ökad nationell styrning såväl i omfattning som i detaljeringsgrad. Syfte är att erbjuda befolkningen en behovsanpassad, jämlik och tillgänglig sjukvård på lika villkor i hela landet.

Den centraliserade styrningen påverkar vad regionerna ska göra och även hur de bör göra. Mängden styrning och utformning av till exempel riktade statsbidrag inverkar på prioriteringar och arbetssätt. Detta riskerar att leda till kortsiktigt företräde för beslut som inte alltid stämmer överens med regionernas behov av långsiktig styrning och planering.

Ett av de starkare inslagen i centraliseringen är den horisontella prioriteringen mot nära vård där de flesta sjukdomstillstånd och vårdbehov ska kunna tas omhand. En mer jämlik vård bedöms kunna erbjudas genom minskade skillnader i regionernas styrning. Till exempel genom nationella väntelistor för specialiserad planerad vård samt nationell ersättningsmodell, nationella prislistor och harmoniserande patientavgifter inom primärvården.

Tillsyn är ett statligt styrinstrument som har fått en allt viktigare roll under de senaste decennierna. Sannolikt har det sin grund i ett förhöjt behov av kontroll i och med de senaste decenniernas ökade mål- och resultatstyrning, konkurrensutsättning och fokus på rättstillämpning.

Förmodligen är det så att krav på mer nationell likriktning och standardisering kommer att öka över tid. Det syns bland annat genom det nationella systemet för kunskapsstyrning, den lagstadgade nationella nivåstruktureringen av högspecialiserad vård och satsningen på personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Det finns i debatten tongångar om att staten bör ta över ansvar för delar vården, till exempel för universitetssjukhusen. Alternativt att det bör skapas en nationell hälso- och sjukvårdsstruktur där staten helt är uppdragsgivare och finansär.

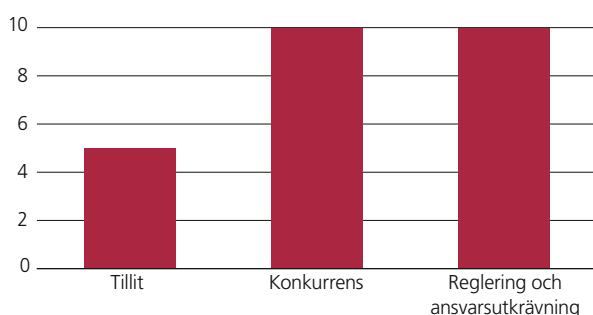
Sannolikt tar debatten om hälso- och sjukvårdens organisation och styrning ytterligare fart efter analyser av vilken effekt covid-19 pandemin har fått på landets

hälso- och sjukvårdssystem. Inte minst kommer debatten att röra frågor om intensivvårdsplatser och katastrofmedicinsk beredskap vid pandemier, civila kriser eller krigshot.

## 5.2 Tillitsbaserad styrning

Tillitsbaserad styrning är en trend som växer sig allt starkare för att lösa hälso- och sjukvårdens utmaningar och möta befolkningens behov. Tillitsreformen lyfter att det hittills har varit obalans mellan olika styrformer som tillit, konkurrens, reglering och ansvarsutkrävning. Se figur 7.

Figur 7. Obalans mellan olika styrformer.



Bättre förutsättningar för styrning generellt uppstår om det finns balans mellan styrformer där tillit får ett ökat fokus och de andra delarna får stå tillbaka något. Tillitsreformen förespråkar också ren professionsstyrning i den bemärkelsen att styrning bör ske genom gemensamma värderingar, kultur och kollegial kvalitetssäkring.

Sjukvården är i snabb förändring på grund av teknik- och kunskapsutveckling samt genom ökade förväntningar bland invånare och patienter. Många verksamheter arbetar aktivt med att vässa styrningen utifrån egna behov. Chefer förväntas leda i än större komplexitet och utveckla dynamiska verksamheter för att möta alla utmaningar.

Ledarskapet ska bygga på tillitsbaserad styrning för att kunna stärka sjukvårdens utvecklingskraft, vilket kräver fungerande tillit från den regionala politiska nivån. Det är centralt att främja en arbetsmiljö där medarbetare får ansvar och handlingsutrymme. Det är också viktigt att strukturerat leda medarbetare, grupper och verksamhet till ett önskat framtida läge samt att skapa förståelse för när och varför förändringar är nödvändiga. Ett större mått av tillitsbaserad styrning är också ett steg för att möta den framtida kompetensutmaningen, så att medarbetare stannar i sin profession och fler lockas att utbilda sig för att verka i vården.

Tillit vilar på en vilja att lita på andra. Grunderna i tillitsbaserad styrning är samordning, vikten av helhetsperspektiv, decentraliserat beslutsfattande, ömsesidig dialog och respekt mellan olika aktörer. Det finns

sannolikt oprövade möjligheter till att utveckla styrning genom tillit mellan och inom organisationer.

Tillit innebär inte avsaknad av styrning utan kräver att regelverk följs och att det finns ett ansvarsutkrävande. Tillitsbaserad styrning syftar till att minska onödig kontroll och formalism. Inom hälso- och sjukvården innebär det konkret att bättre tillvarata medarbetarens kompetens, motivation och drivkraft samt att ge större ansvar och mandat till professionerna att styra över vården.

## 5.3 Styrning från prestation till värdeskapande

I en tid då allt går snabbt kan det tyckas besynnerligt att det inte har tagits fram mer ändamålsenliga styrmodeller inom hälso- och sjukvården. Styrmodeller influerade av näringslivet med syfte att öka effektiviteten har varit norm med utgångspunkt i ordning och reda, ekonomi i balans samt prestationsmätning. I så kallade post New Public Management modeller beskrivs en trend med nya perspektiv som sätter mer fokus på en övergripande nivå och på organisering.

I litteraturen skildras allt oftare att den perfekta ersättningsmodellen är död. Det hela hade sin start inom tillitsreformens arbete med rapporten ”Jakten på den perfekta ersättningsmodellen”. Det har funnits en övertro till just ersättningsmodellens enskilda roll i styrning. En ersättningsmodell är en del i den samlade styrningen och ensamt ett grovt styrinstrument. Ersättningsmodeller har olika målsättningar och är olika bra applicerbara för olika vårdavtalsområden och styr kanske bäst mot mål som avser tillgänglighet och produktivitet. Att styra mot mål som värdeskapande, effektivitet och kvalitet kräver komplement med andra styrinsatser inom uppdrag och i uppföljningsmodeller.

Trenden går mot styrmodeller som bygger på dialog och samverkan där parterna är överens om samma vision och mål i vården. Där man tillsammans bestämmer vad som ska åstadkommas, identifierar metoder mot en given utveckling och samverkar för att nå målen. Tanken är att styrning ska ske mot en mer individualiserad vård med styrinsatser som är värdeskapande för patienten.

Resurser och kollektiva nyttigheter behöver användas effektivare samtidigt som förmåga till styrning och ansvarsutkrävande bibehålls. Styrning och samverkan bör också ske gränsöverskridande mellan olika samhällssektorer. Det är en utmaning att hitta en lösning på hur denna styrning i realiteten ska utformas.

Resonemanget i omvärlden kan sammanfattas med att styrning och styrmodeller bör gå från fokus på intern effektivitet att göra rätt saker med prestationsmätningar, mål och resultat till mer fokus på att göra saker rätt genom samverkan och extern effektivitet.

## 6. Diskussion

Framtidens utmaning blir att skapa styrmodeller för en gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Nycklar till framgång blir nytänkande och samverkan.

### Dimensionen av styrning är mångfacetterad

Det finns inga vedertagna definitioner av begreppet styrning. Styrning kan inte mätas med variabler som är statistiskt användbara för att kunna göra analyser, prognoser eller jämförelser av olika styrmodeller och dess effekter på hälso- och sjukvårdssystemet. Den här rapporten omfattar begreppet styrning inom en organisation på en övergripande nivå. Rapporten gör inget anspråk på att vara komplett.

Det finns reformer för att stärka sjukvårdens förutsättningar i flera länder vilka delvis har samma utmaningar som Region Stockholm. Till exempel omotiverade skillnader i tillgänglighet och kvalitet, vilka ökar i takt med förändrad demografi, krav på kostnadskontroll och effektivitet samt snabba medicinska framsteg och begränsade resurser. Det är av intresse att med viss försiktighet snegla på styrreformer i andra länder. Varje initiativ är dock präglad av unika utgångspunkter i respektive lands hälso- och sjukvårdssystem.

Komplexiteten ökar inom hälso- och sjukvården liksom i styrningen och samspelet mellan politik, tjänstemän och professioner på statlig, regional och kommunal nivå. Styrning sker i många steg bland många aktörer där relationer mellan styrande och styrda skiftar.

Styrning sker på en marknad med utgångspunkt i en lagstiftning för upphandling av vårdtjänster som skulle behöva bli mer funktionell. Att se över både beprövade och nya lösningar skulle vara till gagn för utveckling av avtalsstyrning.

Den här utvecklingen utmanar rollerna i det tvärsektorieella komplexa sjukvårdssystemet och kräver nytänkande för att kunna genomföras i framtidens vård. Det kan fordras gemensamma målbilder och strategier över huvudmannaskapsgränser och regioner liksom med civilsamhällets organisationer i samplanering för helheten. Styrning kräver såväl uthållighet som långsiktighet.

### Standardisering och likriktning

Hur hälso- och sjukvården styrs har betydelse för invånaren och patienten. Det påverkar grundläggande värden som möjlighet till inflytande, tillgänglighet och förtroendet för vården.

Den nationell styrningen ökar i syfte att göra vården mer jämlik och med samma höga kvalitet, oberoende av var i landet patienten bor. Standardiseringen är en trend som förmodligen kommit för att stanna. Den syns bland annat i den nationella kunskapsstyrningen och den lagstadgade nivåstruktureringen av högspecialiserad vård. Den finns också i utveckling av den nära vården med tankar om nationella väntelistor och ersättningsmodeller i primärvården. Debatten vittnar också om röster för en framtid där till exempel universitetssjukhusen eller hela hälso- och sjukvården förstatligas.

Likriktningen kan samtidigt äventyra det regionalpolitiska handlingsutrymmet och den regionala självstyrelsen. Något som kan påverka den demokratiska processen och genom det patientens inflytande över sin vård. Styrningen blir oförutsägbar när det råder instabilitet mellan politik på central och regional nivå, med mindre mått av samarbetsdemokrati kring stora frågor. Risker finns att styrningssignaler förflyttas till externa arenor såsom media, industri och lobbyister.

En mer funktionell ansvarsfördelning mellan staten och regionerna kanske är mest rimlig. Regionernas självstyrelse ger stora befogenheter och stort ansvar för planering av hälso- och sjukvård. Det gäller även i situationer av kris, såsom i samband med pandemin covid-19 eller vid krig. Staten kan försättas i en tvetydigsits med insatser som eventuellt går på tvärs med en regions enskilda behov.

### Vårdstrukturen behöver utformas

En annan delrapport från utredningen HS2040, Vårdens struktur, beskriver att allt mer vård kommer att

bedrivs i öppenvården och att nya vårdformer kommer att uppstå som en följd av medicinskt teknisk utveckling och digitalisering. En större andel vård kommer att ges i hemmet och vården som helhet kommer att vara mer platsberoende.

Viktiga frågor för framtiden är vilken vård som behöver finnas nära och tillgänglig för invånarna samt vilken vård som är sällanförekommande och behöver koncentreras. Det behövs av många anledningar en strategisk plan för hur den framtida vårdstrukturen ska utformas. Utan inriktning för den framtida vårdstrukturen står sig styrmodeller och styrinsatser slätt.

Resurserna för att bedriva sjukvård är begränsade, såväl finansiella medel som tillgången till utbildad personal. Åtgärder som kan förbättra den situationen är av största vikt för styrning av en hälso- och sjukvård i förändring.

Behovet av prioriteringar kommer troligen att öka över tid. Att prioritera är att rangordna alternativ, att styra och att välja bort. Det resulterar i någon form av ransonering av vårdutbudet eller inom en vårdtjänst alternativt horisontell prioritering mellan olika patientgrupper. Ställningstaganden som påverkar sjukvården utifrån gemensamma principer för prioritering kommer att få större betydelse för styrning.

### Utformning av styrning med tillit

Tillitsreformen drar slutsatsen att den samlade styrningen bör formars med vägledande principer så som tillit, medborgarfokus, helhetssyn och öppenhet. Det är eftersträvansvärt med styrning baserad på tillit, ökat handlingsutrymme och mindre detaljstyrning.

Det förutsätter att det finns en klar och tydlig bild om vad Region Stockholm vill med vårdstrukturen och utbudet i hälso- och sjukvården. Det är utifrån den bilden som beställarstyrning och kunskapsstyrning av vård ska preciseras och utformas i olika avtal.

Det finns höga förväntningar på att lösa ett antal styrproblem, som varit svåra att hantera tidigare, med ökat mått av tillit. Styrning med tillit i kombination med kunskapsstyrning är sannolikt en framgångsfaktor. Det kräver förståelse bland vårdens alla parter om att avtalsstyrning är ett långsiktigt omställningsarbete.

Stärkt ledarskap på alla nivåer i sjukvården är en av nycklarna för att möta framtida utmaningar. Att förstå och arbeta nära sjukvårdens verksamheter och den professionella kunskapens logik skapar tillitsfulla relationer och förstärker samverkan mellan alla aktörer. Det krävs också en mognad på alla nivåer i organisationen för att kunna verka för helheten i ett ömsesi-



digt beroende om hälso- och sjukvårdssystemet ska utvecklas gynnsamt.

Visionen om ökad självständighet för vårdens medarbetare och ledare är kanhända svår att kombinera med den nationella utvecklingen mot standardisering. Standardiseringen kan riskera att anonymisera såväl patienter som vårdens medarbetare. Likaledes kan det bli problematiskt när staten ger rekommendationer som riktar sig direkt till professionerna i verksamheter där statens ansvar är begränsat.

### Samverkande styrmodeller

Styrmodeller med allt för stark koppling till mål och resultat riskerar leda till en enkelriktad styrning. En demokratisk styrd verksamhet mår bra av att olika värden och att styrmodeller balanseras. Modeller som anses universellt användbara oberoende av verksamhet, storlek och driftform har beskrivits inom många organisationskoncept. En allenarådande styrmodell som fungera inom en regions hela hälso- och sjukvård är dock en utopi.

Det behöver skapas en miljö med flera samverkande styrmodeller som anpassas efter regionala krav och behov. Det vill säga modeller där tillit, konkurrens, reglering och ansvarsutkrävning på allvar fungerar i balans. Det finns dock en fara att ytterligare styrmodeller bara lagras på de gamla modellerna utan synkronisering. Därför behövs det kontinuerligt göras riskanalyser och etiska analyser av styrmodeller. Bakomliggande värderingar och förutsättningar behöver synliggöras för att väcka konstruktiva diskussioner om effekter och relevans av styrning samt om hur tydlig ansvarsfördelning ska bli möjlig.

Enskilda styrinsatser via till exempel ersättningsmodeller har små möjligheter att leda det förändringsarbete som behövs för att möta utmaningarna i sjukvården. Att kombinera olika styrinsatser som minskar riskerna för oönskade beteenden och samtidigt styra mot ett idealläge är en utmaning i en komplex vårdstruktur. En närmare relation till kunskapsstyrning och annan styrning än ekonomiska incitament behöver åstadkommas. Det är den sammantagna styrningen av alla styrinsatser som behöver värderas.

### Målkonflikter i styrning

Förväntningarna på de effekter som styrning kan åstadkomma är stora. I styrmodeller finns ofta ett stort antal målsättningar såsom jämlik och tillgänglig vård, god kvalitet, kostnadseffektivitet, ökad personcentrering och kontinuitet, förbättrad samverkan samt ökad frihetsgrad för medarbetare att själva styra över hur vården ska ges. Samtidigt är målsättningarna sällan rangordnade vilket innebär att det kan uppstå målkonflikter mellan olika värden som läggs in i styrmodellerna.

Målkonflikter blir tydliga mellan olika inriktningar och nivåer av styrning och mellan olika aktörers perspektiv, till exempel patientens, vårdgivarens och finansierarens. Invånarens värderingar, attityder och förtroende har växande betydelse för hälso- och sjukvårdens styrning.

Hur harmonierar en ökad centraliserad styrning och tillsyn med en tillitsbaserad och värdeskapande styrning med självständighet för vårdgivare och den enskilde medarbetaren?

Hur kan styrmodeller utvecklas som stödjer jämlik och tillgänglig sjukvård med krav på kostnadseffektivitet och en mångfald av vårdgivare i konkurrens?

Hur kan det samtidigt upprätthållas ett starkt fokus på patientens valfrihet och rörlighet inom och utom systemet?

### Alternativ organisatorisk indelning

I styrningshänseende är såväl politik som tjänstemän beroende av omvärlden och således av intressenters föreställning om vad som bör göras och hur. En förutsättning för ändamålsenlig styrning är att olika aktörers roller och ansvarsfördelning tydliggörs. Trenderna som kan spåras i den här rapporten väcker insikter om behov av nya sätt att organisera hälso- och sjukvården i Region Stockholm.

Formerna för det politiska ansvaret behöver ses över. Regelfästa bestämmelser samt beteenden inom hälso- och sjukvården bör ifrågasättas och brytas upp. Det finns behov av att värdera, och kanske värna, betydelsen av och legitimiteten med en opolitisk tjänstemannaorganisation.

Avtal tilldelas olika utförare på en marknad med ambition att öka affärsmässigheten och konkurrensens oavsett driftform. En väl fungerande marknad förutsätter att såväl patienter som utförare har fullgod information inför sina val och beslut. Patienter och utförares intressen kan vara helt olika, liksom intressen bland utförare i privat respektive egen regi. Det kan ifrågasättas om det är optimalt att i en och samma organisation styra som både beställare och ägare över verksamheter som drivs i egen regi. Genom det är det en illusion att styrning och konkurrens sker på lika villkor.

Det finns alltså anledning att fundera över en framtida alternativ organisatorisk indelning, inom eller utom dagens beställar- utförarmodell. Det kan vara en justerad modell där samordningen och ägarstyrningen över vården som drivs i egen regi skiljs ut. Något som ändå innebär behov av planering och beställning av den andel vård som utförs av privata vårdgivare. Dessutom krävs fortsatt förmåga till koordinering mellan privata vårdgivare och vårdgivare i egen regi. Inte minst kvarstår ansvar för och uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet som helhet oavsett organisatorisk indelning.

## 7. Slutsatser

En övergripande iakttagelse är att det råder en komplexitet på flera nivåer i styrning av hälso- och sjukvård och att hänsyn måste tas till detta i drift och målsättning.

Delrapporten lyfter resonemang om styrning och hur den kan komma att utvecklas framöver. Rapporten belyser inslag av centraliserad styrning och kontroll samt styrning som är baserad på marknadsliknande principer där efterfrågan ska möta utbud. En annan princip som lyfts fram är inslag av målformulering och resultatmätning.

I framtiden tillförs nya sätt att styra. Till exempel genom tillit där professionen får ansvar och handlings-

utrymme där kunskapsstyrning kommer att fortsätta att utvecklas och lärande och nytänkande främjas. Sannolikt kommer inslagen av kunskapsstyrning och nationell styrning att växa.

Få saker talar för att vi kommer att få en mer enhetlig styrmodell i framtiden. Det finns inte en styrmodell eller en specifik insats som passar för alla lägen. Det kommer fortsatt att finnas en mix av olika principer. Men mixen, och därmed spänningarna



mellan olika slags styrning, kommer att se annorlunda ut.

Likriktning i den meningen att samma regler ska gälla alla talar för centraliserad styrning. Drivande krafter bakom styrning med tillit är värden som bygger på respekt för professionell sakkunskap och förmåga att fatta bästa lämpliga beslut i den enskilda situationen. Detta medför större lokal och individuell frihet vilket kan innebära större variation. Flexibilitet och mångfald med lösningar där olika aktörer får samspela talar för fortsatt styrning där utbud och efterfrågan får mötas.

Den osäkerhet som präglar delar av hälso- och sjukvården kan komma att kvarstå. Till exempel otydliga och ibland motstridiga viljor och mål, grundläggande

värdekonflikter, svårigheter att med exakthet spåra olika åtgärders effekter samt många inblandade aktörer som interagerar och tolkar styrsignaler. Det gör att frågor om organisation och styrning fortsatt kommer att vara viktiga och centrala för vårdens framtida utveckling.

Region Stockholm har stora utmaningar men också möjligheter att utforma framtidens styrning av hälso- och sjukvård. Framtiden blir behäftad med viss osäkerhet kring vilka värden som ska prägla hälso- och sjukvården och hur dessa ska balanseras. Det handlar om hur ansvaret för hälso- och sjukvården som helhet ska säkerställas på systemnivå och om hur de gemensamt fastställda målen för hälso- och sjukvården ska uppnås.

## Sammanfattning av rapportens slutsatser om framtiden

### 1. Trenden med standardisering och likriktning

**tilltar** genom kunskapsstyrning, nivåstrukturering och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp samt horisontell prioritering till nära vård.

**2. Handlingsutrymmet kan minska på regional politisk nivå** vilket påverkar den demokratiska processen och därmed invånarens och patientens inflytande över sin vård.

**3. Prioriteringar kommer att få större betydelse för styrning** av vilken vård som ska finnas samt vilken vård som ska vara respektive inte vara välfärdsfinansierad.

**4. Vårdstrukturens komplexitet ökar** med bland annat ökad specialisering, fler vårdgivare och vårdformer vilket kommer att kräva beslut om strategisk planering av de förändringar som behövs i framtidens hälso- och sjukvård.

**5. Samverkande styrmodeller kommer att växa fram** med närmare relation till kunskapsstyrning och tillitsbaserad styrning, där professionerna har större mandat, som är i balans med konkurrens och reglering.

**6. Ledarskapet blir viktigare för sjukvårdens utveckling** genom att det skapar riktning för medarbetarna och utgår från deras kompetens, motivation och drivkraft.

**7. Målkonflikter i styrmodeller kan bli fler** när förväntade effekter av olika värden och målsättningar i hälso- och sjukvården blir svårare att förverkliga och förena.

**8. Ömsesidigt beroende inom vårdstrukturen blir större** vilket fordrar att Region Stockholm samplanerar med andra aktörer inom det egna hälso- och sjukvårdssystemet och över regiongränser.

**9. Organisatorisk förändring av hälso- och sjukvården** genom en annan indelning, inom eller utanför den nu gällande beställar-utförarmodell, kan ge förutsättningar att möta behov av tydligare roller och ansvarsfördelning mellan olika aktörer.



## 8. Källor och referenser

---

- Styrning av hälso- och sjukvård i Region Stockholm, en översikt. Delrapport HSN 2019–1461
- Styrning av hälso- och sjukvård. Slutrapport HSN 2019–1461
- Tillitsbaserad styrning och ledning. Delrapport HSN 2020–0126
- Att styra utifrån en beställarroll. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, rapport nr 4, 2002
- Landstings och regioners styrsystem i Sverige. SKL 2012
- Styrmodell och styrsystem i Region Skåne. Helseplan 2012
- Strukture reformer i hälso- och sjukvårdssystemet. Vårdanalys 2014:8
- Tillitsbaserad styrning - Ett ramverk, Tillitsdelegationen, 2017
- Beställar-utförarmodellen - vara eller inte vara, VGR. Centrum för välfärdsstudier 2017
- Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft. Vårdanalys 2017:7
- Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. SOU 2017:56
- Organisation och ledning i sjukvård. Mats Alvesson, Stella Cizinsky. Studentlitteratur 2018
- Styra och leda med tillit. SOU 2018:38
- Post-NPM, vad är det. KFi-rapport nr 149, 2018
- Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Statens medicinetiska råd, rapport 2019:2.
- Åt samma håll – Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården. Vårdanalys 2019:3
- Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting. Statskontoret 2019:2
- Förvaltningspolitik i förändring. Statskontoret 2019/6–5
- Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2019:29
- Ojämlighetens anatomi, Per Molander, 2019
- God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. SOU 2020:19
- Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar. Vårdanalys 2020:7
- Vården är värd en bättre styrning. Anders Anell, SNS, 2020

# Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälsa- och sjukvården 2040

Hälsa- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade den 22 maj 2018 om utredningsdirektiv för en utredning om hälsa- och sjukvårdens utveckling fram till 2040, i dialog med företrädare för profession, patienter och andra intressenter. Utredningsdirektivet förtydligades av HSN 27 augusti 2019.

När den nya majoriteten i oktober 2018 presenterade sin politiska plattform fanns följande skrivning med: *”Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för länets framtida behov av hälsa- och sjukvård. Den demografiska och hälsorelaterade utvecklingen och medicinska framsteg innebär förändrade behov som påverkar vårdens organisation och resursfördelning. Därför ska en bred parlamentarisk utredning genomföras under mandatperioden med sikte på vården 2040.”*

Långtidsutredningen har ett särskilt uppdrag att rapportera till en politisk referensgrupp. Varje parti i regionfullmäktige har erbjudits att delta med två ledamöter som sedan utsetts av HSN.

I samband med antagandet av Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUF5 2050, betonades följande i tjänsteutlåtandet: För att arbeta i enlighet med RUF5 2050 behöver varje aktör, inklusive landstingets olika verksamheter, konkretisera vad inriktningen i regionplanen och de kompletterande dokumenten innebär för den egna verksamheten.

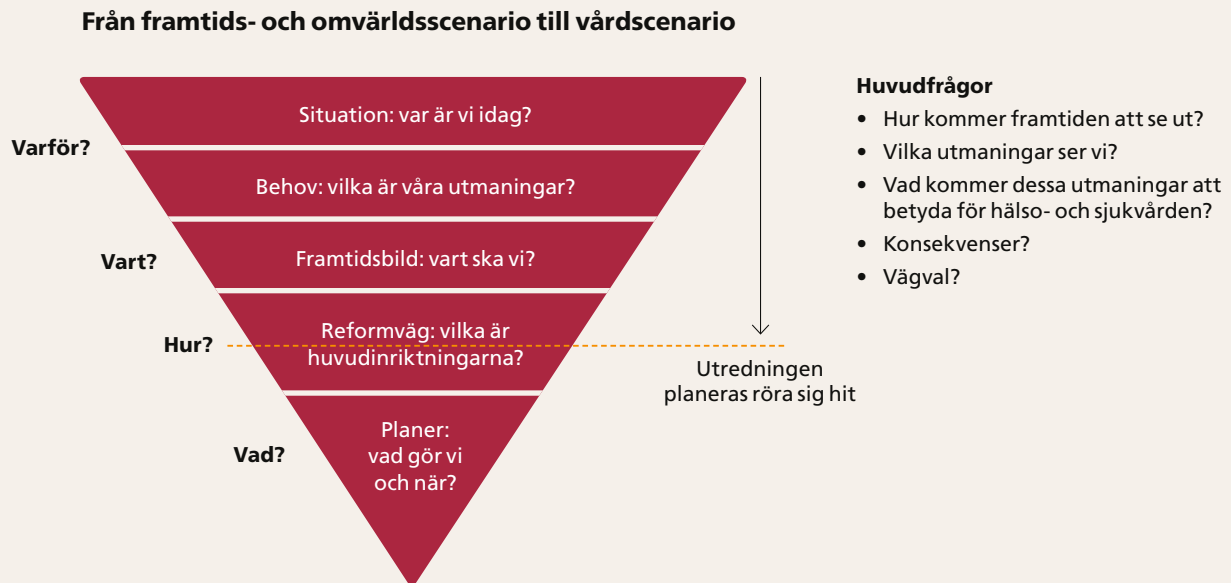
Långtidsutredningens fokus är att ur ett framtidsperspektiv, en nulägesbeskrivning och en plattform av fakta identifiera behov och utmaningar samt visa på hur dessa kan mötas. Baserat på utredningen kan beslut sedan fattas om att strategier och förslag till konkreta reformer. Underlag som tas fram inom ramen för utredningen kan löpande läggas till grund för konkreta beslut i verksamhetens olika delar där det bedöms relevant.

Utredningens metodik och arbetssätt har processats i den parlamentariska referensgruppen. Figur 1 ger en konceptuell bild över utredningens steg och huvudfrågor.

Arbetet kommer att pågå under åren 2019–2022 och bedrivs i faser enligt figur 2.

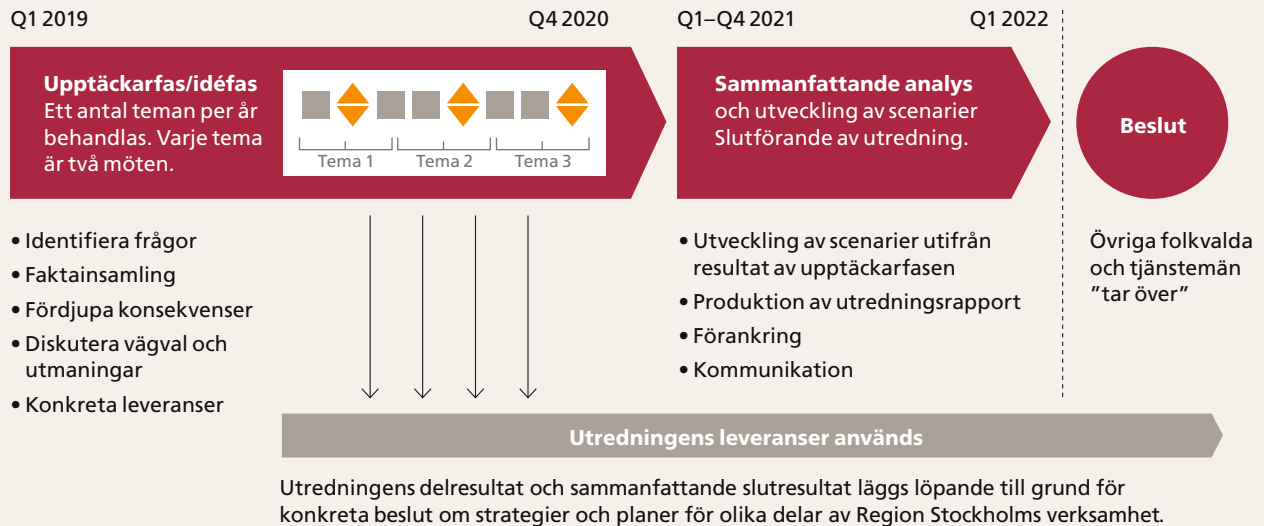
Olika perspektiv som består av ett antal analysområden kommer att belysas under utredningens inledande fas åren 2019–2020. Perspektiven är utformade utifrån vad som kan sägas vara grundläggande för ett hälsa- och sjukvårdssystem.

Figur 8. Utredningens steg och huvudfrågor



Figur 9. Utredningens arbetsprocess

**Arbetet kommer att pågå under åren 2019–2022 och bedrivs i faser enligt nedan**



Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för invånarnas framtida behov av hälso- och sjukvård. Utredningen Hälso- och sjukvården 2040 genomförs för att analysera och beskriva utmaningar och möjliga lösningar. Detta är en av flera delrapporter som tillsammans bildar underlag för en samlad slutrapport från utredningen.