

Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård –

en jämförelse mellan landstingen i
Östergötland och Uppsala

Li Bennich-Björkman

PrioriteringsCentrum

2004:2

ISSN 1650-8475

Li Bennich Björkman är verksam inom statsvetenskapliga institutionen, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping

Telefon: 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99

Hemsida: <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

E-post: prioriteringscentrum@lio.se

FÖRORD

Öppna politiska prioriteringar av hälso- och sjukvård – är det möjligt? Fortfarande sju år efter att Sveriges Riksdag lagt fast principer för sjukvårdens prioriteringar är frågan brännande. Det är inte utan att det är förvånande att erfarenheterna av öppna prioriteringar fortfarande är så begränsade om man också betänker att det är över ett decennium sedan direktiven till Prioriteringsutredningen skrevs. Där framhålls betydelsen av att prioriteringar inom vården blir mer öppna. Vad är egentligen hindren för att åstadkomma detta?

Behovet av att göra prioriteringar tycks flertalet acceptera och många känner sympati för att prioriteringarna blir mer öppna. Problemen tycks handla om vem som ska bestämma och hur det ska gå till. Med andra ord tycks inte de rätta förutsättningarna finnas. Docent Li Bennich-Björkman vid Uppsala universitet har med hjälp av intervjuer i två landsting studerat förutsättningarna för politiska prioriteringar i vården. Hon finner att den institutionella ramen är viktig men också att uppnå intern legitimitet, d.v.s., det måste finnas en organisation som stödjer goda relationer mellan olika parter men också att den stödjer framtagning av relevanta fakta. Vidare framgår att det kan ta lång tid att skapa bra förutsättningar. Den här studien illustrerar väl det som docent Peter Garpenby vid PrioriteringsCentrum skrivit om i rapporten *Prioriteringsprocessen* (2003:3). En slutsats är att resultatet från en process för att tillförsäkra intern legitimitet för prioriteringar inom hälso- och sjukvårdens egen organisation, kommer att som ett av flera underlag att utveckla extern legitimitet gentemot allmänheten.

Li Bennich-Björkmans studie har skrivits inom ramen för ett forskningsprojekt vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, avdelningen för bioetik, Uppsala Universitet med titeln ”Prioriteringar i vården med fokus på de äldre”. Projektets ledning har bestått av docent Mats G. Hansson, och övriga medarbetare har varit professor Gunhild Hammarström, sociologi samt fil. dr. Anna T. Höglund, teologi. Till samtliga önskar författaren rikta ett uppriktigt tack för värdefulla synpunkter. Projektet har finansierats av Vårdalstiftelsen, Uppsala kommun och PrioriteringsCentrum, till vilka författaren riktar ett varmt tack.

PrioriteringsCentrum har glädjen att få publicera resultatet av studien som vi tycker är högst relevant. Den har blivit ännu mer intressant med tanke på att ett av studielandstingen, Landstinget i Östergötland, under hösten 2003 för första gången på ett relativt detaljerat sätt beslutade om vissa utbudsbegränsningar. En händelse som även ledde till modifieringar av rapportmanuset på slutet.

Uppläggning och genomförande av studien inklusive val av landsting för intervjuerna svarar författaren helt och hållet själv för. PrioriteringsCentrum har tagit del av det färdiga manuset och lämnat synpunkter samt medverkat med viss redaktionell bearbetning. Författaren svarar själv för innehållet och synpunkterna delas inte alltid av PrioriteringsCentrum.

Linköping februari 2003

Per Carlsson

Professor, föreståndare för PrioriteringsCentrum

SAMMANFATTNING

Behovet av beslutssystem inom den offentligt finansierade sjukvården där politiker kan ta risken att fatta obehagliga, svåra och till och med impopulära beslut framstår som allt större i takt med att resurserna krymper, den medicinska tekniken förbättras och människor lever allt längre. Utgångspunkten i denna studie är att sådana beslut – beslut om horisontella prioriteringar – emellertid kräver särskilda förutsättningar inom landstingsorganisationen för att kunna förverkligas och bli varaktiga, eftersom det svenska politiska systemet som det konstruerats byggt in starka hinder mot beslutsfattande i avsikt att spara, omfördela eller försämra. De politiska kostnaderna för sådana – ibland tyvärr nödvändiga – beslut är höga. Landstingens kultur och organisation kan skapa förutsättningar för att dessa ”kostnader” kan bli mindre.

Utvecklade förtroenderelationer, vad som här kallas ett högt ”inomorganisatoriskt” förtroende, inom och mellan sjukvårdens nyckelgrupper den medicinska professionen, de förtroendevalda, sjukvårdsadministratörerna och patientgrupper, är en avgörande sådan förutsättning. Först när politiker kan lita på att svåra beslut inte kommer att utnyttjas av andra politiker, av läkare, tjänstemän eller genom allianser mellan någon av dessa grupper och patientföreningar, finns förutsättningar för att fatta politiska beslut om horisontella prioriteringar och stå fast vid dem. Att bygga förtroende är emellertid ingen lätt uppgift. Många studier har till exempel pekat på att spänningen mellan politiker och den medicinska professionen har varit stor i det svenska sjukvårdssystemet.

I denna studie görs en jämförelse mellan två landsting, Östergötlands och Uppsalas, för att undersöka hur relationerna inom landstingsorganisationerna gestaltar sig och vad detta kan bero på. Studien genomfördes 2002-2003 och grundmaterialet är intervjuer med ledande politiska företrädare, företrädare för den medicinska professionen samt chefstjänstemän i de båda landstingen. Huvudresultaten av jämförelsen visar att relationerna - landstingskulturen - skiljer sig starkt åt. Den i Östergötland kännetecknas av en hög grad av förtroende mellan politiker, läkare och sjukvårdsadministratörer, medan distans och på sina håll en misstro är vanligt förekommande i Uppsala. En förståelse för varandras skilda roller i systemet, respekt samt tydliga roller som medger ett definierat utrymme för varje grupp är beskrivningar som återkommer i de intervjuer som gjorts med ledande politiker, centrumchefer och chefstjänstemän i Östergötland, liksom ömsesidig lojalitet mellan profession och politiker. Landstinget i Östergötland har lyckats mejsla fram en känsla av landstinget som en gemensam organisation, vilket är ovanligt. I studien söks förklaringen till skillnaden i landstingskultur framförallt i att det sätt på vilket den konsekvent genomförda decentraliserade organisationen i Östergötland ”tvingat fram” en hög grad

av personliga möten och personlig interaktion som saknas i Uppsala. Det i sin tur har bidragit till att bygga upp förtroendefulla relationer mellan de olika grupperna som annars, vilket är fallet i Uppsala, tenderar att leva långt från varandras verklighet.

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	1
2. UTGÅNGSPUNKTERNA.....	2
2.1 BEHOVET AV POLITISKA PRIORITERINGAR.....	2
2.2. FÖRTROENDE OCH RISKPOLITIK	4
2.3. VAD FORMAR LANDSTINGSKULTUREN?	6
2.4. NYCKELGRUPPER: POLITIKER, PROFESSION OCH ADMINISTRATÖRER	7
2.5. LANDSTINGEN SOM BESLUTSYSTEM	8
2.6. VARFÖR ÖSTERGÖTLAND OCH UPPSALA ?.....	10
2.7. UNDERSÖKNINGENS GENOMFÖRANDE.....	13
3. ANALYS	16
3.1 LANDSTINGSKULTUREN	16
3.1.1 <i>Relationer och förtroende i Landstinget i Uppsala län</i>	16
3.1.2. <i>Relationer och förtroende: Landstinget i Östergötland</i>	24
3.2. 1990-TALET SVENSKA SJUKVÅRDSORGANISATION : MARKNADSANPASSNING.....	28
3.2 LANDSTINGSORGANISATIONEN I ÖSTERGÖTLAND	30
3.2.1 <i>Ett decentraliserat ansvar</i>	33
3.2.2. <i>Beställarna: en institutionaliserad kunskapsuppbyggnad</i>	37
3.2.3. <i>Institutionaliserade former för kontakt</i>	39
3.3. DEN INSTITUTIONELLA NIVÅN: LANDSTINGET I UPPSALA LÄN	42
3.3.1 <i>Kunskap och kontakt</i>	46
4. SLUTSATSER.....	49
REFERENSER	53

1. INLEDNING

I oktober 2003 gick landstinget i Östergötland ut med en lista med över femtio sjukdomstillstånd som inte längre kommer att behandlas inom länssjukvården. Som första landsting i Norden har Östergötland genomfört politiska prioriteringar, efter år av diskussioner och förberedelser. Massmedias reaktioner blev starka och kritiska. ”Det slår mot de svagaste” skrev Aftonbladet 30 oktober. Landstingsledningens handlande väckte både bestörtning och beundran. Landstingets agerande och reaktionerna visar hur oerhört känslig frågan om sjukvårdens knappa resurser är. Att fatta politiska beslut om prioriteringar av sjukvård är följaktligen både svårt och plågsamt, och landstingspolitikerna i Östergötland är inte bara först i Norden utan har inte många motsvarigheter i världen. Vad har gjort att dessa politiker tagit ett steg som många betraktar som nödvändigt men få omsätter i praktiken? Kommer Östergötlands agerande att följas av andra, såsom antogs i den efterföljande debatten? Denna undersökning, som gjordes innan beslutet fattades, ger en del av svaret till landstinget i Östergötlands särställning. Förklaringen ligger i en specifik kultur, som vilar på ett inomorganisatoriskt förtroende som är mycket ovanligt i den svenska landstingsvärlden. I studien analyseras hur som en följd av en decentraliserad beslutsorganisation präglad av socialisation och dialog, denna kultur växte fram under en period som sträcker sig över tjugofem år. Att studien skrevs redan innan landstinget i Östergötland tog det historiska beslutet, och ursprungligen kretsade kring frågan om det överhuvudtaget fanns möjligheter till politiska prioriteringar, avspeglar sig på många håll i texten. Samtidigt är, med facit i hand, de slutsatser som presenteras än mer aktuella.

2. UTGÅNGSPUNKTERNA

2.1 Behovet av politiska prioriteringar

Sjukvården är en av de största policysektorerna i Sverige och dess andel av BNP uppgick år 2000 till åtta och en halv procent. Välfärdspolitiskt utgör sjukvården ett helt centralt område där värden som rättvisa och jämlikhet har varit drivkrafter för hur sjukvårdssystemen organiserats (Blomqvist, 2002; Blomqvist och Rothstein, 2000). I Sverige betraktar medborgarna rätten till sjukvård som en närmast självklar del av det normativa kontrakt som de ingått med statsmakterna (Rothstein och Steinmo, 2002).

Sedan 1990-talets början har den offentliga sjukvårdens besvärliga ekonomiska situation stått i fokus för intresset från beslutsfattare, forskare och debattörer (Calltorp, 1989; Calltorp, 1991; Anell och Rosén, 1996; Axberg, 1997; Blomgren, 1999). Det har hävdats med allt starkare emfas att resurserna inte räcker till för den efterfrågan som av flera sammanfallande orsaker accelererar inte enbart i Sverige utan ihela västvärlden. Det har det vidare hävdats att det är en utveckling som på längre sikt kommer att kräva mer systematiska och omfattande prioriteringar.

Mot bakgrund av den svåra problematik som sjukvården ansågs stå inför tillsattes 1992 en prioriteringsutredning, som kom med sitt slutbetänkande 1995 (SOU 1995:5). 1997 följdes utredningen av ett riksdagsbeslut där de huvudsakliga riktlinjerna som utredningen hade utarbetat antogs.¹ Beslutet innehåller dels tre allmänna principer för vad som ska vägleda prioriteringar: människovärdes-, behovs-solidaritets- och kostnadseffektivitetsprincipen. I klartext signalerar dessa att prioriteringar, varesig de är medicinska eller politiska, för det första inte får ske med utgångspunkt i individers eller grupperns ålder, kön, social bakgrund eller etnicitet. Alla individer har lika värde. För det andra sägs att medicinska behov ska vara vägledande och för det tredje att, när så är möjligt med hänsyn till de båda andra principerna, hälsoekonomiska överväganden ska kunna vägas in. En avvägning får med andra ord göras mellan kostnad och effekt, om den inte strider mot de båda övriga principerna.

Det är lätt att konstatera att principerna är påfallande allmänt hållna och i stort enbart kodifierar den professionella etik som längre väglett de medicinska prioriteringarna i Sverige – allas rätt till vård oavsett bakgrund eller ställning och de medicinska behoven som utslagsgivande när det gäller tillgången till vård. Riksdagsbeslutet

¹ Proposition 1996/97: 60 låg till grund för riksdagens beslut.

innehöll vidare en uppdelning i fyra prioriteringsgrupper, som exempel på hur landstingen kan genomföra rangordning av vårdbehov.²

I en nyligen genomförd studie visades att i situationer av ekonomisk knapphet ansåg en majoritet av tillfrågade läkare och sjukvårdsadministratörer att politiker bör ta det övergripande ansvaret för prioriteringsbeslut snarare än att läkare på klinisk nivå ska övergå till att tillämpa strängare kriterier. Bland politikerna ansåg också en stor grupp att politiska prioriteringar var att föredra framför en mer ”sträng” klinisk bedömning, medan majoriteten ändå framhöll läkarnas avgörande roll i prioriteringsprocessen (Rosén, 2002). Resultaten illustrerar tendensen att ansvaret för vårdprioriteringar bollas mellan olika grupper. De som utgör nyckelkategorierna i sjukvårdens beslutsstruktur, den medicinska professionen, sjukvårdsadministratörerna och politikerna, efterlyser dock samtliga en aktivare roll från politiskt håll. Den politiska verkligheten ser dock annorlunda ut. Än så länge har politiska beslutsfattare inte fattat beslut om att i större skala omfördela resurser från en sjukdomsgrupp till en annan och öppet redovisa detta, eller att prioritera en behandlingsform framför en annan; undantaget landstinget i Östergötland. ”Mycket få länder – om ens något – har börjat tillämpa prioriteringar på det viset”.³ Att politiker undviker att fatta beslut om prioriteringar har noterats tidigare (Rosén, 2002). Förklaringar har bland annat sökts i politikernas ovilja att ta ansvar.

Min utgångspunkt är emellertid att för att förstå problematiken kring att öppet prioritera samt utesluta sjukvård som tidigare varit tillgänglig för alla, vilket faktiskt är det vi talar om, är det nödvändigt att analysera frågan institutionellt. Vilka institutionella förutsättningar måste föreligga för att det överhuvud ska bli *politiskt* möjligt att fatta beslut om prioriteringar av sjukvårdsresurser? Med "politiskt möjligt" avser jag beslut som inte riskerar att äventyra den egna politiska ställningen eller karriären, eller allvarligt undergräva de politiska möjligheterna för det parti man representerar. En förklaring till att politiska företrädare är så motvilliga att i praktiken ta på sig denna uppgift hänger samman med att sjukvårdsprioriteringar är mycket känsliga frågor i medborgarnas och väljarnas ögon. Hälsa och lidande ska rangordnas på ett sätt som många finner stötande, till och med upprörande. Prioriteringsbeslut inom sjukvården tillhör därför i högsta grad en kategori av politiska beslut som utgör ett *risktagande* för makthavarna. Man riskerar att stöta bort grupper av medborgare som upplever sig som förfördelade. Situationen blir inte enklare av att

² I grupp I återfinns bland annat vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, lindrande (palliativ) vård i livets slutskede, vård av människor med nedsatt autonomi. Prioriteringsgrupp II innehåller preventiv sjukvård samt rehabilitering och rehabilitering, III vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och IV vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

³ *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, Stockholm: Socialstyrelsen 1999, 6.

"sjukvårdskonsumenter", i synnerhet i de yngre generationerna, är mer krävande och uttalade i sina förväntningar på vården än tidigare och troligen inte stillatigande kommer att acceptera försämringar. Därför är det högst rimligt att anta att vissa institutionella omständigheter eller villkor måste vara för handen för att det ska vara ens politiskt möjligt att fatta den typen av beslut som vi här talar om. Jag kommer i det följande att argumentera för att en central sådan förutsättning är inomorganisatoriskt förtroende; en förutsättning som också varit på plats i landstinget i Östergötland. Den empiriska analysen består av en jämförande studie mellan två svenska landsting, Landstinget i Östergötland och Landstinget i Uppsala län. Den största betoningen ligger dock på Landstinget i Östergötland.

2.2. Förtroende och riskpolitik

Behovet av beslutssystem där politiker åtminstone har en "potential" att ta risken att fatta obehagliga, svåra och impopulära beslut framstår som allt större, så länge vården är politiskt styrd och offentligt finansierad (jfr. Axberg, 1997). Det svenska politiska systemet så som det kommit att konstrueras har byggt in starka hinder för politiskt beslutsfattande i avsikt att spara, omfördela eller försämra (Pierre och Rothstein, 2003). På ett område som sjukvårdens som rör livsvärdet hälsa, blir det uppenbart att de politiska kostnaderna kan framstå som avskräckande, också i situationer som rent rationellt skulle kräva ett kortsiktigt plågsamt beslut för en möjlig långsiktig vinst. I stället för att öka väljarmässiga "stödrupper" riskerar man som politisk beslutsfattare att dra undan mattan för sin egen politiska position. Istället för att bidra till att förbättra medborgarnas tillvaro riskerar politiker att bidra till att i vissa fall försämra levnadsstandard och livskvalitet genom att värdera en viss patientgrupps behov högre än en annan, åtminstone på kort sikt. Det är en situation som ingen demokratiskt vald beslutsfattare önskar sig, beroende som denne alltid ytterst är av väljarnas gunst på relativt kort sikt.

För att våga driva riskpolitik av den typ som politiska prioriteringar innebär fordras följaktligen en hög grad av samsyn och inomorganisatoriskt förtroende som är ytterst svår att etablera i ett beslutssystem som sjukvårdens, där valda politiker konkurrerar om makten, där en stark profession dominerar och där allianser mellan läkare, patientgrupper och politiker inte är ovanliga. Det "krävs lojalitet mellan de senare grupperna när gemensamt accepterade prioriteringsbeslut ifrågasätts".⁴ I den växande litteraturen om välfärdsstatens omvandling och eventuella "nedmontering", har forskarna dragit slutsatsen att nedskärningar och avveckling av välfärdsprogram har

⁴ *Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning*, 1999:21.

skett i betydligt mindre utsträckning än vad de uttalade ambitionerna givit för handen. Förklaringen ligger i det stöd som välfärdsstaten åtnjuter och som i perioder av hot kan mobiliseras genom att starka särintressen formas kring skilda program och försvarar dessa mot neddragningar (Pierson, 1994). ”Riskpolitik” innebär därför en för politikerna svårartad balansgång där erfarenheter av politik som bedrivits under andra omständigheter är till föga vägledning. Beslut om horisontella prioriteringar inom sjukvården, som kan drabba patientgrupper hårt, är ett exempel på detta.

Därför blir förtroende inom landstingsorganisationen viktigt. Det förtroendet kretsar kring fyra relationer: mellan företrädare för de politiska partierna; mellan politiker och administratörer; mellan politiker och den medicinska profession och slutligen mellan politiker och företrädare för centrala patientgrupper. Först när politiker kan lita på att svåra beslut inte kommer att utnyttjas av andra politiker, av professionen, tjänstemännen eller i allianser mellan någon av dessa grupper och patientföreningar, föreligger institutionella förutsättningar att fatta politiska beslut om horisontella prioriteringar. Att åstadkomma sådana villkor är ingen lätt uppgift. I en analys för drygt tio år sedan skrev dåvarande landstingsdirektören Henric Hultin apropå de förändringar som förutskickades under 1990-talet:

”Tre viktiga aktörgrupper, vars samverkan är av avgörande betydelse för sjukvårdens utveckling, är politikerna, administratörerna och de medicinska cheferna. Dessa aktörgrupper är sedan decennier vana vid att samverka med varandra men nu gäller nya villkor. Tidigare kunde vardera gruppen var för sig göra sitt jobb och samverka mera ’på högaktningfullt avstånd’. Den nya förhållandena med kärv samhällsekonomi, nolltillväxt i sjukvården och omprövning som villkor för vidareutveckling ställer nya krav som ingen av aktörgrupperna är vana vid”

Hultin, 1991

Med andra ord krävs en beslutskultur som vilar på förtroende, på relationer av förtroende *mellan* nyckelgrupper men också internt *inom* dessa grupper. Förtroende och tillit i olika former har i samhällsvetenskaplig forskning visat sig ha stor betydelse för en rad centrala samhällsliga värden som ekonomiskt tillväxt, effektivitet, en fungerande demokrati och samspelet mellan medborgare och politiska institutioner. Medborgarnas förtroende för de offentliga institutionerna reflekterar graden av gemenskap inom ett samhälle men har också samband med hur institutionerna faktiskt fungerar (Kumlin, 2002, jfr Rothstein, 2003). En relation som emellertid är mindre utforskad är graden av förtroende och tillit *inom* ett avgränsat beslutssystem, vad man skulle kunna kalla för inomorganisatoriskt förtroende. Ändå är det i sådana fysiskt avgränsade sociala strukturer som begreppet socialt kapital ursprungligen tillämpades, snarare än när det gäller aggregerade attityder på nationell nivå (Coleman, 1990). Svensson och Öberg tillhör dock dem som fokuserar på relationerna inom ett

beslutssystem, den svenska arbetsmarknadspolitiken med dess många olika aktörer (Svensson och Öberg, 2002).

2.3. Vad formar landstingskulturen?

Vad kan skapa förtroende inom ett beslutssystem som landstinget? I litteraturen har betydelsen av formella institutioner, det vill säga den formella organisationen, ibland framhävts. I synnerhet institutioner som bär upp rättsstaten har fokuserats som potentiellt centrala för skapandet av socialt förtroende i ett samhälle, i motsats till en tidigare betoning av föreningsliv och det "civila samhällets" sätt att fungera (Rothstein, 2003; Kumlin, 2002).⁵ Översätter vi denna insikt till ett organisatoriskt sammanhang blir en rimlig hypotes att skillnader i hur landstingsorganisationen är konstruerad kan skapa förutsättningar som påverkar kulturen inom landstinget. Landstingskulturen skulle alltså vara ett utflöde av hur den institutionella strukturen ser ut, framförallt med avseende på vilken grad av interaktion mellan politiker, profession och tjänstemän som genereras genom de formella institutionella arrangemangen.⁶ Teoretiskt kan det formuleras som att institutionella arrangemang har en förmåga att forma kultur men att kulturen därefter i sig ger upphov till nya institutioner (jfr Pierson, 2003).

Mot bakgrund av den statsvetenskapliga litteraturen om socialt kapital och förtroende framstår en faktor i organisationen som särskilt väsentlig (Putnam, 1993, 2000). Förtroende skapas genom återkommande *personliga* möten, där personer eller parter "tvingas" in i kommunikation med varandra vilket på längre sikt kan lägga grunden för en djupare förståelse för andras argument och bevekelsegrunder men också ge upphov till gemensamma synsätt. Betydelsen av personlig kommunikation, sociala mötesplatser och "rum" där individer antingen i ett samhälle som helhet eller som här inom ett befintligt beslutssystem kan kommunicera med individer som representerar andra grupper eller intressen, är välbelagd (Rothstein, 2003; Bennich-Björkman, 1997). I experiment har visats att möjligheten till personlig kommunikation väsentligt ökar viljan till samarbete men också att motsatsen - brist på samarbete - är lätt att skapa på institutionell väg: 'Tribalism', d.v.s. misstänksamhet och konflikter mellan olika grupper av försökspersoner är mycket lätt att skapa. Delar man upp

⁵ Kumlin undersöker inte social tillit utan politiskt förtroende och hur det kan förklaras av erfarenheter av selektiva eller universalistiska välfärdsarrangemang. Kumlin drar den något försiktigare slutsatsen än Rothstein att institutionella arrangemang visserligen påverkar attityder men att "experiences with differing welfare state institutions can never be the only group of independent variables when seeking to explain these orientations" (43).

⁶ Den statsvetenskapliga litteraturen kring institutioner och institutionell teori är mycket omfattande. För ett standardverk på området se Kathleen Thelen, Sven Steinmo och Frank Longstreth, (eds), 1992, *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge, Mass: Cambridge University Press, särskilt kap 1 och 3.

försökspersonerna i grupper som bara kan kommunicera internt men inte med varandra, är detta ett mycket vanligt resultat", skriver Rothstein (2003).

2.4. Nyckelgrupper: politiker, profession och administratörer

Risken för tribalism i det svenska sjukvårdssystemet är stor. De inblandade aktörerna styrs av skilda utgångspunkter och förhållningssätt. Samtidigt sker styrning av den svenska sjukvården i ett spänningsfält mellan politiker, sjukvårdsadministratörer och den medicinska professionen och till viss men mycket marginell del också patientgrupper, där makt och inflytande måste fördelas och samarbete etableras. Formellt sett råder en klar rollfördelning emellan, där politiker har ett övergripande beslutsansvar, tjänstemän förser med underlag och professionen tar ansvar för genomförandet. De reella gränsdragningarna mellan dessa olika roller är i praktiken mycket svåra att dra. "De medicinska besluten bestämmer inte sjukvårdens totala resursmängd, vilken är politiskt beslutad i vårt land. Däremot kan man i likhet med situationen i t ex USA och England säga att individuella läkarbeslut avgör vad den allra största delen av resurserna används till" skriver Calltorp (1991). Relationerna mellan politiker, tjänstemän och läkare kännetecknas av en kamp om makt, om att behålla historiskt förankrad autonomi respektive att öka styrbarheten, och en samtidig strävan efter att åstadkomma mer av samsyn.

Den dragkamp om makt och inflytande som oundvikligen tenderar att uppstå kan dock utspelas mot bakgrund av olika grader av grundläggande förtroende eller misstro. I många analyser av sjukvårdspolitiken spelar den medicinska professionen och de förtroendevalda huvudrollerna. Det är mellan dessa två parter i systemet som kampen om makt och övertag står. Det är en naturlig följd av att de två grupperna är mest synliga i systemet och gör anspråk på inflytande utifrån två tydliga värden: vetenskaplig kunskap och folkligt mandat. Men i sjukvårdssystemet återfinns också chefstjänstemännen, som i själva verket ofta spelar en avgörande roll för beslutens utformning. När den tidigare riksdagsmannen Hans Lindblad varnar för ämbetsmannaväldet i en bok med samma namn riktar han kritik mot den alltmer dominerande roll som chefstjänstemän tillsammans med ett fåtal heltidspolitiker kommit att spela i den kommunala och landstingskommunala organisationen (Lindblad, 2002; Lundquist, 1993). Förvaltningens roll i genomförandet av redan fattade beslut har uppmärksamats.⁷ I en landstingsorganisation ligger genomförandet framförallt på den medicinska professionen.

⁷ För en samlingsvolym inom området se Bo Rothstein, (red), 2002, *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*, Stockholm: SNS förlag (tredje uppl.).

Förvaltningen är emellertid inte en enhetlig aktör. "Förvaltningen" återfinns också i beslutsprocessernas andra ände, när det som en gång ska bli politiska beslut ska avgöras och formuleras. Chefstjänstemännens inflytande ligger inte minst här, i makten att styra dagordningen, vilket inkluderar att initiera beslut (Crenson, 1971; Gaventa, 1980; Lundquist, 1993). "Det finns mot denna bakgrund all anledning att förmoda att den samlade effekten av förvaltningens verksamhet i alla policyprocessens stadier placerar förvaltningscheferna i en ur maktsynvinkel, och därmed för demokratin, mycket betydelsefull position" skriver Lennart Lundquist (1993:16). Därför är det sätt på vilket chefstjänstemän väljer att förvalta den obestridliga makt de potentiellt besitter oerhört central för hur de folkvaldas roll gestaltar sig och för den kultur som etableras och de grupper mellan vilka förtroende måste byggas upp inkluderar såväl politiker, den medicinska professionen och administratörerna.

I en tidigare studie av prioriteringar på landstingsnivå talas om underförstådda eller uttalade kontrakt mellan sjukvårdssystemets olika aktörer som oerhört centrala, samtidigt som dessa är svåra att både etablera och vidmakthålla.⁸ Idén om ett sådant "kontrakt" ligger nära det inomorganisatoriska förtroende jag syftar på. Inomorganisatoriskt förtroende kan vara en bieffekt och till och med en oavsiktlig konsekvens av institutionella arrangemang. En central uppgift blir därför att identifiera hur de formella institutionerna ser ut i de båda landstingsorganisationerna Uppsala och Östergötland och vad som kännetecknar deras respektive beslutskulturer.

2.5. Landstingen som beslutsystem

Relationer formas inte i riksdagsbeslut, utredningar eller direktiv utfärdade på nationell nivå, framförallt formas de lokalt. Sjukvården i Sverige är offentligt styrd och folkvalda landstingspolitiker på regional nivå har en nyckelroll i detta beslutssystem. Inom landstingen är sjukvården det helt dominerande ansvarsområdet och det omfattar ungefär 80 procent av budgeten (Gustafsson, 1992/1999).

Under de senaste fyrtio åren har staten successivt lämnat över alltmer av ansvar och styrning till landstingen, som har att organisera och bedriva vård. "På så sätt görs staten i praktiken beroende av landstingens förmåga att organisera verksamheten och av läkarnas professionella koder för att den ska fungera väl" skriver Winblad Spångberg. (2003). Bland annat har flera statligt drivna universitetssjukhus övergått i landstingens ägo, så till exempel Akademiska Sjukhuset i Uppsala som blev landstingsdrivet 1979. Från att i likhet med primärkommunerna ha varit

⁸ *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, 1999, Socialstyrelsen: Stockholm, 41.

lekmannastyrda har landstingen växt som beslutssystem både genom en alltmer utbyggd politisk organisation med heltidsanställda landstingsråd både från majoritet och opposition, liksom en omfattande byråkrati.⁹

Landstingens makt i det politiska systemet avspeglas också i den bedömning som görs av både läkare, sjukvårdsadministratörer och politiker att det är de regionala sjukvårdspolitikerna som har det ojämförligt största inflytandet över resursfördelningen i sjukvårdssystemet idag, också i jämförelse med nationella politiker, regionala sjukvårdsadministratörer och klinik- och centrumchefer (Rosén och Karlberg, 2002). Den decentralisering av makt från nationell till subnationell nivå som de svenska landstingens stärkta position innebär, är ingen unik svensk företeelse. Decentraliseringen av makt "nedåt" i det politiska systemet, liksom maktförskjutningar "uppåt" till internationella organisationer är en av de viktigaste tendenserna i utvecklingen av styrelseskick i såväl Europa som Nordamerika och har ofta hängt samman med ett behov av offentliga nedskärningar. Därigenom har den nationella nivån "lastat" över ansvaret för ekonomin på en subnationell nivå, som i bästa fall befinner sig i en närmare dialog med verksamhet och medborgare (jfr. Pierre och Peters, 2000).

Samtidigt som den yttre organisationen sammanfaller i de allra flesta landsting – det finns en landstingsstyrelse, landstingsfullmäktige och underställda dem vanligen ett flertal nämnder – så varierar den "inre" institutionella organisationen avsevärt. Hur ledningsstrukturer, kontrollsystem och "betalningssätt" för den vård som utförs är arrangerade skiljer sig åt mellan landstingen. Visserligen har flertalet landsting under trycket av idéer om fördelarna med en marknadsanpassning av vårdproduktion, både för ekonomisk effektivitet och för att realisera patienternas rätt till ökad valfrihet, under 1990-talet börjat tillämpa beställar-utförarmodeller (Blomquist, 2002; Spångberg Winblad, 2003).

Landstingen har emellertid genomfört denna omläggning från traditionella anslagsäskanden till "interna marknader" mer eller mindre konsekvent och med olika organisatoriska lösningar. Under ett antal år sedan 1980-talets mitt framstod näringslivet och dess sätt att leda och styra som ett föredöme som också den offentliga sektorn borde efterlikna. "Hela 1980-talet har karakteriserats som ett ekonomismens decennium, där kärnan har varit rationalitet, effektivitet och produktivitet med

⁹ Landstingens formella beslutstrukturer och ansvarfördelning mellan olika nämnder på skilda nivåer bidrar till att organisationen uppfattas som svårgenomtränglig och maktfördelningen oklar. Här går jag bara in på den formella organisationen i de landsting som undersöks i den utsträckning som är absolut nödvändig. För övergripande beskrivningar av landstingens organisation se Gustafsson, 1992, 1996.

förebilder hämtade från de privata företagen.” (Lundquist, 1993). Idag har till viss del tron på företaget som modell för en offentlig verksamhet minskat.

Mot bakgrund av de vidsträckta möjligheterna till skild formell organisation finns det all anledning att tro att landstingskulturen kan skilja sig åt betydligt. Därför är detta en studie av två landstings formella institutioner, i bemärkelsen ledningsstrukturer och beslutssystem, de idéer och föreställningar som ligger till grund för dessa och av landstingskulturen, här uppfångad via de relationer som växt fram mellan de tre tidigare nämnda nyckelgrupperna.¹⁰ Studien omfattar Landstinget i Östergötland och Landstinget i Uppsala län, båda ”medelstora” landsting, med ett universitetssjukhus att administrera, vilket skapar särskilda betingelser för verksamheten. Det ska på en gång sägas att fokus när det gäller både formella institutioner och kultur har legat på relationen mellan landstingsledning och universitetssjukhusen.

2.6. Varför Östergötland och Uppsala?

Många landsting drabbades under 1990-talet av stora och återkommande underskott.¹¹ De påfrestningar som det svenska sjukvårdssystemet utsatts för har dock påverkat landstingen i olika grad. Även mellan mindre ”extrema” landsting än de tre storstadsregionerna kan man utläsa stora variationer i viljan eller förmågan att klara den ekonomiska situationen, nedskärningarna och den ökade marknadsanpassningen. Det kan avläsas i såväl utvecklingen av budgetunderskott över tid, landstingens ekonomiska styrka samt graden av personalomsättning. Det första måttet, förmågan att balansera budgeten över tid, det vill säga under flera år, är ett mått som skulle kunna säga något om organisationens (landstingets) förmåga till styrning av verksamheten. I ett landsting med ständiga underskott finns det skäl att misstänka brister i den politiska ledningens förmåga att styra verksamheten. Samtidigt behöver det inte innebära att vården är sämre, dock antyder det ett glapp mellan ambitioner, behov och resurser. Den bristande förmågan kan bero på avsaknad av relevant information, på bristande kommunikation mellan den medicinska professionen, administratörer och politiker eller på politisk och administrativ inkompetens. Det kan också antyda en bristande lojalitet inom organisationen såtillvida att gällande budgetramar helt enkelt inte respekteras. Budgetunderskott ett enskilt år behöver emellertid inte betyda systematiska brister i själva landstingsorganisationen, utan kan bero på tillfälligt

¹⁰ Institutioner är ett centralt begrepp i modern statsvetenskaplig litteratur. En vedertagen uppfattning är att institutioner kan vara både formella, faktiskt existerande spelregler såsom ledningsstrukturer, men också informella såsom oskrivna beteenderegler, konventioner, normer. Populärt skulle man kunna uttrycka det som att institutioner indirekt och ibland direkt influerar ”sättet att göra saker på”, och här spelar både formella regelsystem och oskrivna beteenderegler roll (jfr Thelen & Steinmo, 1992:2).

¹¹ Se *Landstingens ekonomi 2002*, Stockholm: Landstingsförbundet.

ändrade yttre förutsättningar. Därför är uppgifter om utvecklingen över tid det intressanta i sammanhanget. Hur ser den ekonomiska utvecklingen över tid ut på landstingsnivå? Bilden är dystert. Många landsting har haft problem med att balansera budgeten. "Inget landsting har haft positiva resultat under hela perioden 1993-2001" skriver landstingsförbundet 2002 i sin årliga rapport om landstingens ekonomi.

Landstingsförbundet anger också ett medelvärde för budgetunderskotten för perioden 1993-2001. För flertalet landsting är detta medelvärde negativt och pekar på långvariga underskott. Landstinget i Uppsala län, som under en följd av år haft relativt stora underskott, uppvisar ett negativt medel som ligger på -4,5. Endast ett landsting uppvisar en klar förmåga att balansera budgeten och det är Östergötland. Bara under ett år, 2001, redovisades ett underskott.¹²

Inte bara förmågan att balansera budgeten över en längre period särskiljer Östergötland från många andra landsting. Beträffande ett annat mått som landstingsförbundet presenterar, ekonomisk styrka, placerar sig Östergötland likaså i topp bland landstingen. Måttet "ekonomisk styrka", som använts sedan 1998 för att avgöra landstingens soliditet, väger samman tre nyckeltal varav resultat under de tre senaste åren är ett, medan eget kapital enligt blandmodellen samt den del av pensionsskulden som avser tiden före 1998 är de båda övriga. Eftersom landstingets ekonomiska resultat är en av parametrarna finns en inbyggd samvariation mellan detta mått och budgetunderskotten. Därutöver har alltså två andra indikatorer lyfts in. Det sammanvägda måttet för ekonomisk styrka visar att landstinget i Östergötland ligger högst bland landstingen i landet med ett mått på 1,3. Lägst placerar sig storstadsregionen Västra Götaland med ett mått på -13,7. Landstinget i Uppsala län placerar sig i mitten av skalan, som nummer tolv av tjugo med ett mått på -8,5.¹³ Återigen finner vi alltså en väsentlig skillnad i ekonomiskt utfall mellan de båda landstingen som står i fokus i denna rapport, en skillnad som delvis påverkas av det tidigare resultatmåttet men som därutöver också tar hänsyn till ytterligare faktorer.

Att ett landsting har lyckats klara övergången till en mer begränsad ekonomi, med krav på prioriteringar mellan vårdgrupper och ökad effektivitet, fångas inte endast upp genom ekonomiska indikatorer. Personalomsättning kan vara en god indikator på hur en organisation fungerar. Om arbetsklimatet är gott, trivseln hög och samarbetet fungerar tenderar personalomsättningen att vara lägre än om motsatsen föreligger. Det behöver dock inte alltid gälla. Företag i "unga" branscher som IT och telekommunikation uppmuntrar mobilitet - men i landstingens fall är det sannolikt att

¹² Återigen vill jag påminna om att studien skrevs under våren och sommaren 2003. Östergötland drabbades hösten 2003 av ett budgetunderskott.

¹³ Se *Ekonominytt*, 14/2001, Stockholm: Landstingsförbundet.

en hög personalomsättning när det gäller verksamhetsansvariga, tjänstemän och vårdpersonal inte är norm utan snarare indikerar problem i systemet.

Personalomsättningen mellan 1999 och 2000 (exklusive kända huvudmannaskapsförändringar) var i genomsnitt åtta procent för samtliga landsting. Den högsta faktiska personalomsättningen uppvisar - inte oväntat - Stockholm med 10, 7 procent. På tredjeplats kommer Landstinget i Uppsala län som ligger över genomsnittet med sitt 8, 7. Östergötland däremot har en personalomsättning som ligger klart under genomsnittet och stannar på cirka 6, 8 procent.¹⁴ Nu kan man visserligen tillägga att personalomsättning kan påverkas av ett flertal faktorer varav organisationens arbetsklimat, trivsel och arbetstillfredsställelse hos den enskilda endast är några. Närhet till alternativa arbetsmarknader är en annan uppenbar faktor. Men faktum kvarstår: samtliga hittills presenterade indikatorer identifierar Landstinget i Östergötland som ett intressant fall av framgång när det gäller ekonomiska och eventuellt också personella faktorer. Landstinget i Östergötland har också en aktiv personalpolitik, där lärande och utbyte premieras. 2001 infördes utbildningsoptioner för distriktsläkarna i Östergötland. Dessa innebär att läkare som varit anställda i fyra år har rätt till två månaders kompetensutveckling på betald arbetstid. "Under förra året använde många sina optioner för att delta i kurser och kongresser runt om i världen, men en del använde sina veckor till studiebesök och auskultationer hos kollegor" skriver Läkartidningen (2002:99).

Medan Landstinget i Östergötland är något av en "framgångshistoria" under 1990-talet och det enda landsting som klarat sig undan återkommande budgetunderskott, är Landstinget i Uppsala län ekonomiskt mer drabbat och har alltsedan 1993 haft återkommande – ibland stora – underskott. Politiskt har både Landstinget i Uppsala län och Landstinget i Östergötland länge haft en socialdemokratisk majoritet, nu med stöd från Vänsterpartiet och Miljöpartiet, men med avbrott för borgerligt styre.

Vilka är de centrala beståndsdelarna i "Östgötamodellen" och kan den modellen ha bidragit till att påverka landstingskulturen i riktning mot ett klimat som skapar ökade förutsättningar för inomorganisatoriskt förtroende? Landstinget i Östergötland kontrasteras mot Landstinget i Uppsala län som möter liknande utmaningar i form av administrationen av ett universitetssjukhus.¹⁵

¹⁴ *Statistisk årsbok för landstingen*, 2002, Stockholm: Landstingsförbundet, 86.

¹⁵ Därmed är studien ett exempel på jämförande historisk analys, även om det kronologiskt sett historiska perspektivet inte sträcker sig längre tillbaka än 25 år. "While not unified by one theory or one method, all work in this tradition share a concern with causal analysis, an emphasis on processes over time, and the use of systematic and contextualised comparison", skriver James Mahoney och Dietrich Rueschemayer i uppsatsen "Comparative Historical Analysis: Achievements and Agendas", i James Mahoney and Dietrich Rueschemayer, (eds), 2003, *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, Cambridge; Mass, Cambridge University Press, 10.

2.7. Undersökningens genomförande

Primärkällorna i denna studie är framförallt intervjuer med individer verksamma eller tidigare verksamma i Landstinget i Uppsala län och Landstinget i Östergötland. De tre kategorier av individer som intresserade mig var som tidigare framgångsrika politiker, den medicinska professionen och sjukvårdsadministratörerna. I samtliga kategorier har fokus legat på personer i ledande ställning, med betydande faktisk eller potentiell makt. Det finns all anledning att tro att de relationer och roller som är betydelsefulla för hur landstinget fungerar som helhet formas på denna "elitnivå". 29 intervjuer har genomförts, varav 13 i Östergötland och 16 i Uppsala. I ett av fallen hade personen ifråga, en centrumchef, varit verksam både vid Universitetssjukhuset i Linköping och vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala, vilket öppnade för direkta jämförelser.

Företrädare för den politiska ledningen har hämtats från de landstingsstyrelser som satt under mandatperioden 1998-2002, från opposition och majoritet. I bägge fallen har Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet utgjort majoriteten. Flertalet politiker var heltidsanställda landstingsråd. Inom den medicinska professionen ligger fokus framförallt på centrumchefs nivå, på Akademiska sjukhuset såväl som på Universitetssjukhuset i Linköping. Sedan ett antal år tillbaka är båda dessa universitetssjukhus organiserade i ett mindre antal centrumbildningar – till exempel Medicincentrum, Hjärtcentrum, Onkologcentrum – som inom sig rymmer ett större antal kliniker med olika specialiteter. I spetsen för varje centrum finns en chef, och underställda denne ett antal klinikchefer som också de är läkare. Intervjuerna med företrädare för den medicinska professionen är relativt få (åtta stycken) och hade praktiska möjligheter varit för handen hade det varit önskvärt att också inkludera klinikchefs nivå i studien.

I den tredje kategorin, sjukvårdsadministratörer i ledande befattningar, ingår personer som innehaft landstingens administrativa topposition, den som landstingsdirektör. Både i Landstinget i Uppsala län och i Landstinget i Östergötland har ett antal landstingsdirektörer (sammanlagt fem) från 1970-talet och framåt intervjuats. Detta är personer som har potentiellt stor makt i organisationen genom sin position och kan definitivt betecknas som nyckelpersoner. Deras synsätt och institutionella ambitioner är därför högst väsentliga i detta sammanhang. Vid sidan av landstingsdirektörerna har i Uppsala nuvarande och tidigare sjukhusdirektörer för Akademiska sjukhuset intervjuats. Sjukhusdirektören är i det uppsaliensiska systemet en position närapå parallellställd med landstingsdirektören. I Östergötland finns däremot sedan 1997 ingen motsvarighet till sjukhusdirektör. Ekonomidirektör samt vissa andra tjänstemän

som angivits som ”centrala” och därmed viktiga att tala med har också inkluderats i studien.

Intervjuerna har haft karaktären av samtalsintervjuer (Petersson, 2003). De har inte spelats in på band utan nedtecknats och därefter renskrivits. Valet att inte använda bandspelare föranleddes av viljan att skapa ett avspänt samtalsklimat med möjligheter till så stor öppenhet som möjligt. Att använda bandspelare har visserligen fördelen att resultera i ordagranna återgivningar av intervjuerna. I en studie som denna, där tonfall och exakta ordalydelser inte är betydelsebärande på samma sätt som om syftet vore att studera till exempel språkbruk, kan emellertid direkt nedteckning av intervjun vara att föredra ur arbetsmässig synvinkel (Petersson, 2003). Ett mindre antal av de intervjuade begärde att få läsa den del av texten där deras egna uppgifter åberopas innan tryckning. Jag har ställt mig positiv till detta. Inledningsvis följde intervjuerna, i synnerhet med de förtroendevalda, ett antal punkter som jag på förhand ställt upp. Utöver personliga uppgifter ombads intervjupersonerna att reflektera över hur de skulle vilja beskriva relationerna mellan de tre grupperna av politiker, professionella (medicinskt) och administratörer i sitt eget landsting. Svaren var ofta långa och innehållsrika och medgav många möjligheter till följdfrågor och preciseringar, bland annat om vad personerna själva trodde graderna av förtroende, spänningar eller misstro bottnade i samt vilka konkreta uttryck de kunde ta sig. Vidare ställde jag en fråga som handlade om existensen av mötesplatser och arenor för ”dialog” mellan grupperna. I det initialskede av studien som de första intervjuerna utgjorde ställdes också frågor kring vad man kände till om varandras ledningsstrukturer och kulturer i respektive landsting. Därigenom var det möjligt för mig att spåra intressanta faktorer som kunde skilja de båda landstingen åt på ett tidigt stadium.

I en undersökning av den här karaktären ändrar intervjuerna efterhand inte sällan form. Visserligen har i stort sett alla intervjupersoner besvarat frågan om hur de uppfattar relationerna, och vad detta beror på respektive vilka uttryck de kan ta sig. Men när min egen kunskap om hur ”organisationens”, i det här fallet landstingens, formella och informella institutioner fungerar växte, blev det därutöver möjligt att driva processen framåt genom att konfrontera de som intervjuades med andras bilder och beskrivningar, och att be intervjupersonerna att kommentera och reflektera. Likaså har jag ibland ”testat” preliminära slutsatser och hypoteser på intervjupersonerna. Därmed blir intervjuandet mer av en interaktiv process och en slags informell validering av preliminära beskrivningar och orsaksförklaringar.

Det är också en erfarenhet från tidigare studier att ”marginalnyttan” av att inkludera ytterligare personer minskar efter ett visst antal intervjuer. Bilden ”sätter sig” och förändras inte nämnvärt av att ytterligare intervjupersoner inkluderas (jfr. Barrling

Hermansson, 2004). Kostnaden för ännu en intervju, för att uttrycka det i ekonomiska termer, tenderar då att överskrida nyttan och det är dags att dra ett streck.

Fullständighet är inte alltid att föredra. I detta fall har jag uppfattat att en sådan mättnad inträtt när det gäller den politiska och administrativa nivån, men däremot inte i den medicinska professionens fall. Därmed blir också de slutsatser som kan dras om chefläkarnas relationer och roll i systemet de mest osäkra.

3. ANALYS

3.1 Landstingskulturen

Landstinget är ett beslutssystem där flera olika grupper med delvis skilda utgångspunkter och med olika synsätt strävar efter makt och inflytande. Ibland talas det om att skilda kulturer möts, i bemärkelsen att grupper som är bärare av skilda värden och normsystem återfinns här (Blomgren, 1999; Hammarström, 2003). Den medicinska professionen och dess företrädare har åtminstone traditionellt styrts av andra överväganden än vad de politiskt valda representanterna gör, eftersom professionellt traderade värden om hur man förväntas handla som läkare är centrala. Politikerna däremot ska stå till svars för sina beslut i allmänna val, vilket i högsta grad är styrande för deras reella möjligheter till beslutsfattande. Sjukvårdsadministratörerna representerar i sin tur en tredje logik, där styrbarhet och kontroll är framträdande värden. Dessa grupper konkurrerar oavbrutet om makt i systemet. Hur långt kan den professionella styrningen sträcka sig, och var går gränserna för den politiska? Från professionens sida skulle man gärna se att mer beslutsmakt över resursernas fördelning låg på klinisknivå (Rosén, 2002). Politikerna å sin sida har ständigt befunnit sig i ett underläge genom bristen på medicinska kunskaper, men önskat större möjligheter till styrning vilket möjligen infriats i större utsträckning under 1990-talet när de ekonomiska ramarna blivit mer styrande. Administratörerna slutligen pretenderar inte öppet på en maktposition i systemet. Inofficiellt däremot är ambitionerna att styra både politiker och den medicinska professionen omfattande. Mot bakgrund av de både kulturbundna och maktmässigt baserade spänningar som ligger inbäddade i beslutsstrukturerna skulle man kunna förvänta sig att relationerna mellan dessa tre grupper beskrivs som antagonistisk. Som vi ska se är detta långt ifrån alltid fallet.

3.1.1 Relationer och förtroende i Landstinget i Uppsala län

I Uppsala tenderar politikerna i landstingsstyrelsen att *beskriva* relationerna mellan de tre kraftfälten som ett slags hövligt men relativt distanserat förhållande.¹⁶ Uttryck som "två världar"¹⁷ används och den moderate företrädaren påpekar att detta är ett område där professionen är väldigt stark och politikerna som lekmän därmed oundvikligen i ett underläge.¹⁸ "När man möts är det två revir snarare än att sätta sig ned med ett gemensamt problem" säger en annan från den politiska oppositionen.¹⁹

¹⁶ I Uppsala intervjuades Mats O Karlsson (s), Robin Dahl (v), Mats Sjöborg (fp), Arne Sandemo (m) och Iris Denstedt-Stigzelius (kd).

¹⁷ Mats Sjöborg, (fp) 2002-10-04.

¹⁸ Arne Sandemo, (m), 2002-10-03.

¹⁹ Mats Sjöborg, (fp), 2002-10-04.

Framförallt är det relationerna mellan politikerna och professionen som lämnar en del i övrigt att önska; relationerna mellan politiker och tjänstemännen – sjukvårdsadministratörerna – fungerar bättre. Mats O Karlsson (s), det ledande landstingsrådet för majoriteten reflekterar över att relationerna mellan den medicinska professionen och politikerna nog “behöver utvecklas vidare”, inte minst därför att styrning av sjukvård handlar om att samtala snarare än att fatta ensidigt styrande beslut.²⁰ Vad Karlsson syftar på är det sätt att se på ledning som sätter samtal, dialog och argumentation i centrum som blivit det tongivande under senare år. Samtidigt andas han en viss pessimism när det gäller inställningen från professionellt håll: “Där finns inställningen att skaffa ni pengar så sköter vi resten”.

Intrycket av att relationerna inte är de allra bästa förstärks när landstingsstyrelsens ledamöter preciserar hur de uppfattar den medicinska professionen. Flera återkommer till att läkare i ledande befattningar överskattar sina ledaregenskaper och tror att de har betydligt större kunskaper om hur en organisation drivs än vad som i själva verket är fallet.²¹ I den kritiken ligger att befordringssystemet fortfarande premierar klinisk verksamhet och akademiska meriter. Läkarna ses som okunniga såtillvida att de inte medvetna om att de arbetar i en politiskt styrd organisation och vilka konsekvenser för styrning och ledning det har. Klinikchefer kan därför skälla på politiker utan att veta var eller av vem besluten fattas.²²

Att läkare är svårstyrda, liksom ett universitetssjukhus i elitklass som Akademiska sjukhuset, är en genomgående uppfattning. En företrädare för oppositionen citerar med ironi klinikcheferna på Akademiska sjukhuset som anser att “den är en idiot som håller budget”.²³ Underförstått ligger både en antydning om bristande lojalitet gentemot de ekonomiska ramar som ytterst bestäms just av de förtroendevalda, och en uppgivenhet över incitamentsstrukturen i ett styrsystem som inte lyckas sanktionera ekonomiska överdrag.

När de politiska företrädarna i Uppsala därefter övergår till att beskriva hur de tror att professionens bild av politikerna ter sig, artikuleras uppfattningar som indikerar att man tror att det på motsvarande vis finns en viss, ibland ganska stor, skepsis bland de professionellt verksamma. Den skepsisen grundas bland annat i att professionen anser att politikerna inte förstår verksamheten och dess problem²⁴, att professionen inte bedömer den politiska styrningen – det vill säga en offentligt styrd sjukvård – som

²⁰ Mats O Karlsson, (s) 2002-10-03.

²¹ Mats O Karlsson, (s), 2002-10-03, Mats Sjöborg, 2002-10-03.

²² Robin Dahl, (v), 2002-11-07.

²³ Arne Sandemo, (m), 2002-10-04.

²⁴ Robin Dahl,(v), 2002 -11-07.

legitim²⁵ och att man anser att politiker rent generellt är okunniga.²⁶ “När jag träffar vårdpersonal säger de så – de är okunniga. Det är ett tänkande av vi och dom” säger Mats Sjöborg (fp).

Landstingspolitikerna i Uppsala ger en bild av sin relation till professionen som präglad av ett visst ömsesidigt motstånd. Uppfattningen om professionen karakteriseras inte av positiva övertoner, utan uttrycker distans, ibland till och med avståndstagande. Politikerna tar ofta fasta på det som är besvärligt och svårstyrt. Inte heller är man övertygad om att professionen generellt respekterar politikerna och deras rätt och skyldighet till styrning. Relationerna borde vara bättre och skulle behöva bli det, är den slutsats som landstingsstyrelsens ordförande Mats O Karlsson drar.

Centrumcheferna vid Akademiska sjukhuset framställer emellertid relationerna till den politiska ledningen som relativt goda och välfungerande. Ingen hävdar att relationerna skulle vara bottenfrusna eller präglas av misstro. “Ett gott samarbete som dessutom blivit bättre. Det är mer av dialog och det har ökat” är den beskrivning som en av centrumcheferna ger, en chef som – vilket inte längre är vanligt – kombinerar sitt chefskap med en professur.²⁷ Respektfullt och ett bra samarbetsklimat är den karakteristik som ges av en annan centrumchef som suttit centralt placerad under längre tid.²⁸ Urban Lönn, som varit verksam både i Östergötland och i Uppsala och därigenom har erfarenheter från båda landstingsorganisationerna att bygga på, karakteriserar dock relationerna i Uppsalas landsting som helt annorlunda än i Östergötland. I Uppsala är det lätt att få kontakt med enskilda ledande politiker, men i Östergötland finns ett påfallande utbyggt och tätt kontaktnät.²⁹ En karakteristik av miljön i Uppsalas landsting som i viss mån öppen gör även Lars Lannfelt som också varit anställd inom Stockholms läns landsting och därmed har möjlighet att göra jämförelser. “Kanalerna är enklare här, det är lättare och mindre komplicerat. Stockholm är ju sex gånger större”.³⁰ Flera tror också att politikerna är stolta över Akademiska sjukhusets ställning som forsknings- och universitetssjukhus, och att detta genomsyrar relationerna. På den punkten uppfattar man inte att det finns problem. Det finns en respekt för att det “görs banbrytande grejer på Akademiska sjukhuset”.³¹

²⁵ Arne Sandemo, (m), 2002-10-03.

²⁶ Mats Sjöborg, (fp), 2002-10-04.

²⁷ Lennart Persson, centrumchef neurologcentrum, 2002-12-12.

²⁸ Karin Norlén, centrumchef kirurgicentrum, 2003-02-25.

²⁹ Urban Lönn, centrumchef Thorax, 2003-02-28.

³⁰ Lars Lannfelt, Centrumchef Geriatrikcentrum, 2003-02-24.

³¹ Lars Lannfelt, 2003-02-24.

Ett problem som emellertid kan kasta grus i maskineriet och skapa misstro både inom professionen och gentemot den politiska ledningen är vissa tendenser att bortse från den ordning som förutsätts råda och att som centrumchef på sjukhuset ta direktkontakter med politiker eller tjänstemän centralt för att skapa allianser för sitt eget område, istället för att kontakterna går via sjukhusdirektören.³² Sådana tendenser, i den mån de omsätts i praktisk handling, ger uttryck för en brist på helhetssyn när det gäller sjukhuset som är beklagansvärd menar vissa av de intervjuade.³³ Samtidigt ligger det i läkarens uppdrag, säger en annan, att företräda sina patienter och att slåss för just dem. “Jag ska ändå framföra argument för det jag är satt att tillvarata. Det finns en kultur av hur man gör. Men en metod som man inte ska ta till är att som chef i en linjeorganisation runda och gå direkt till de politiska företrädarna eller utnyttja patientföreningar för sina syften”.³⁴

Här är det inte enbart ett fungerande normsystem bland klinik- och centrumchefer som krävs utan i lika hög grad antyder problematiken med “direktallianser” att krav också ställs på politikerna att respektera de formella kanalerna och inte dras in i det spel som det ofta är frågan om. Lockelsen från politiskt håll är att det kan finnas opinionsmässiga vinster att göra, också gentemot andra partier. Oerfarna politiker riskerar att bli utnyttjade. Oavsett hur frekvent beteendet att försöka sätta fattade eller föreslagna beslut ur spel är, är det faktum att det tas upp av flera av de intervjuade en indikation på att den politiska ledningens målmedvetenhet att hålla fast vid en fastlagd linje inte uppfattas som den starkaste från medicinskt håll. Möjligheten finns att spela ut politiska aktörer gentemot varandra.

Professionens bild av politikerna som den framträder i materialet från Uppsala är inte heller den av okunniga och delvis onödiga aktörer i ett system som skulle styras mycket bättre dem förutan. Det är en betydligt mer nyanserad uppfattning som uttrycks, där både behovet av en fortsatt solidarisk finansiering av sjukvården och politikernas särskilda situation i förhållande till väljarna som ger dem delvis andra beslutsparametrar än de professionellt verksamma, understryks. “Nästan alla är nyfikna och lyssnar –generellt är det inte inkompetenta idioter. Men förmågan är ju olika utvecklad. Förmågan till strategiskt tänkande varierar. Men sjukhusstyrelsen har backat upp Ackis när det blåser. Mina kolleger kan rynka på näsan åt det politiska inflytandet och politiker, men jag har litet svårt att förstå det”.³⁵

³² Per-Olof Osterman, 2002-12-10, Lennart Persson, 2002-12-12, Erik Hemmingsson, sjukhusdirektör, AS, Uppsala 2002-12-10.

³³ Per-Olof Osterman, 2002-12-10.

³⁴ Lennart Persson, 2002-12-12.

³⁵ Per-Olof Osterman, 2002-12-10.

Samtidigt framträder två kritiska synsätt på landstingsledningen, som båda tar sikte på den politiska ledningens styrningsförmåga. Det ena handlar om att det finns en stark ovilja hos politiker och landstingsledning att fatta obehagliga beslut, alltså med andra ord att bedriva riskpolitik. Det finns ingen handlingskraft att göra de nedskärningar och prioriteringar som faktiskt krävs. Det "blir ingenting" och professionen skjuter problemen uppåt och sedan stannar de där. Bilden av politikerna är "strutsen" som stoppar huvudet i sanden och ägnar sig åt andra uppgifter eftersom att styra Akademiska är så svårt.³⁶ Landstingsledningen vill inte eller kan inte styra när det är nödvändigt, och att detta skapar låsningar i systemet, är den bild som tonar fram.

Den andra kritiken som formuleras av en av de ledande centrumcheferna gäller landstingsledningens "provinsialistiska" utgångspunkter. Han antyder att det hos landstingsledningen finns en överdriven uppfattning om den styrning man utövar över Akademiska sjukhuset. Landstingspolitikerna inser inte i vilket kraftfält av mäktiga influenser som läkarna verkar. Dessas lojalitet kan och ska inte riktas enbart mot de ekonomiska ramar som är demokratiskt beslutade för "om vi alltid skulle lyda order skulle folk dö omkring oss". I själva verket så styrs sjukvården av andra och även starkare krafter än landstingets budget, till exempel lagstiftning på nationell nivå såsom hälso-och sjukvårdslagen. Ämnesföreträdarnas uttolkningar och rekommendationer via socialstyrelsen liksom den professionella medicinska etiken är andra viktiga styrredskap vid sidan av den ekonomiska styrning som sker från landstingets sida, menar denne. "Vår verksamhet här styrs av helt annat som landstingsstyrelsen inte har en susning om."³⁷

Samme person tar också upp den spänning mellan länssjukhus och högspecialistvård som ett universitetssjukhus av Akademiska sjukhusets typ präglas av. Politikerna, menar han, drivs av de omständigheter de verkar under att premiera länssjukhuslinjen (av väljarmässiga orsaker), men högspecialistvården är den som drar in intäkter och som också driver forskning och utveckling framåt. "Jag har varit skeptisk till att förvandla Ackis till ett länssjukhus. Om politikerna gör det så sticker vi någon annanstans".³⁸ Samtidigt framhåller denne centrumchef att landstingsråden har fått större förståelse för den avvägning som måste göras, men att de insikterna är frukterna av ett medvetet arbete från professionens sida.

Den medicinska professionen ger en mer positiv bild av relationerna till landstingsledningens politiker – tjänstemännen nämns överhuvud mycket litet – än vad politikernas beskrivning kunde ge anledning att förvänta. Samtidigt är det

³⁶ Per-Olof Osterman, 2002-12-10.

³⁷ Lennart Persson, 2002-10-10.

³⁸ Lennart Persson, 2002-12-12.

långtifrån någon nära relation som porträtteras, utan en relation byggd på avstånd. En tolkning är att detta avstånd av de medicinskt verksamma upplevs som mestadels positivt, medan den från politikerhåll betraktas som ett uttryck för bristande styrbarhet – därav den något olika beskrivningen.

Hur relationen mellan tjänstemannainflytande och politisk styrning är utformad är en högst central del av landstingskulturen. Mot bakgrund av de intervjuer som gjorts med nuvarande och tidigare tjänstemän i chefsbefattningar i de två landstingen blir det tydligt att chefstjänstemännens *potentiella* makt är mycket stor när det gäller idéer och utformning av både beslut i sakfrågor och – som i Östergötlands fall – beslut om “spelreglerna”. För att spetsa till det kan man säga att politiker spelar en bromsande och reaktiv roll i systemet, alltför långtgående intressepolitik, alltför vildsinta förslag kan stoppas eller tillfälligt läggas på is. Det är heller inte så märkligt att tjänstemännen är de som tar initiativ. Att veta hur systemet fungerar inifrån är en viktig kunskap för att kunna peka ut relevanta förändringar. Sådan inifrånkunskap kräver emellertid tid och närkontakt, något tjänstemännen har i högre utsträckning än de politiska beslutsfattarna. Redan i 1900-talets början förutsåg Max Weber att framväxten av en professionell byråkrati parallellt med framväxten av en professionaliserad politikerkår mer än något annat skulle sätta sin prägel på den moderna statens funktionssätt (Aberbach, Putnam, Rockman, 1981). Den landstingsdirektör som satt i 13 år i Uppsala formulerar sig drastiskt då han konstaterar att “om förvaltningschefer och landstingsdirektörer bestämmer sig för att driva något så finns inte en politiker på jorden som kan stå emot detta”.³⁹ Innebörden i yttrandet är att relationerna är omvända i förhållande till den officiella bilden av den demokratiska styrkedjan. Det är heller inte så enkelt som att detta enbart, eller ens till största delen, utgör ett problem. Politiker efterfrågar chefstjänstemän med idéer, men tjänstemän som samtidigt inser vad det innebär att arbeta i en politiskt styrd organisation. Den politiska styrningen utövas heller inte alltid aktivt, utan man måste som tjänsteman själv söka den.⁴⁰

Utifrån det som chefstjänstemännen i Uppsala⁴¹ beskriver är slutsatsen att relationerna mellan politiker och den medicinska professionen dels är problematisk, dels har försämrats under senare tid, även om det är oklart hur lång period man talar om. Ett uttryck som återkommer även i politikernas beskrivning är att politiker och de medicinskt ansvariga lever i skilda världar, långt från varandra.⁴² Kunskaperna om hur

³⁹ Curt Rönnblom, 2003-02-26.

⁴⁰ Curt Rönnblom, 2003-02-26.

⁴¹ I Uppsala intervjuades tidigare landstingsdirektören Curt Rönnblom (1987-1999), tidigare landstingsdirektören Thomas Keisu (1999- 2002), t f landstingsdirektör och ekonomidirektör Lars Eriksson. Vidare Ingvar Sjögren, hälso- och sjukvårdsdirektör, Gu dmar Lundqvist, tidigare sjukhusdirektör (1989-1998/99) och Erik Hemmingsson, nuvarande sjukhusdirektör (2002-).

⁴² Ingvar Sjögren, 2002-11-07, Thomas Keisu (telefonintervju), 2003-03-05.

organisationen fungerar, det vill säga hur en politiskt styrd organisation är uppbyggd och var besluten fattas, är generellt bristfälliga bland läkare och annan vårdpersonal, en uppfattning som ligger nära politikernas. Thomas Keisu, tidigare landstingsdirektör i Uppsala, jämför situationen med ett universitet, där många anställda inte begriper eller sätter sig in i hur organisationsstrukturen ser ut. Den okunskapen förefaller att för honom representera en nonchalans från professionens sida.

Positionerna har därutöver blivit mer låsta efter det att beställar-utförarsystemet infördes. Maktkampen mellan sjukhuset och politikerna är tydligare, menar den nuvarande hälso- och sjukvårdsdirektören.⁴³ En tidigare sjukhusdirektör hävdar att relationerna mellan de tre centrala fälten samtliga är på väg att krackelera. Alla misstror alla, och från professionens sida bottenar frustrationen gentemot politikerna i de dubbla budskapen om att en behovs- och efterfrågestyrd vård ska realiseras samtidigt och att "folk som har försökt följa prioriteringsutredningen har fått smäll på fingrarna politiskt".⁴⁴ Under en tidigare period som sträckte sig från 1988-1998 var relationerna mer smidiga och åtminstone mellan politiker och chefstjänstemännen rådde ett nära och gott förhållande. Landstingsledningens kontakter med professionen gick via sjukhusdirektören och samarbetet mellan landstingsdirektör och sjukhusdirektör fungerande omvittnat väl. "Min bild av hur det utvecklats efter 1998 är att det släppts på helhetssynen. Det är ett större inslag av konkurrens nu – man ser mer till den egna klinikens väl och ve", hävdar Gudmar Lundqvist.

Inte heller ekonomidirektören som vid tidpunkten för intervjun var tillförordnad landstingsdirektör är nöjd med förhållandena. Denne framhåller att det brister både i förtroende mellan de olika grupperna och i styrbarhet. Den misstro som finns gentemot den politiska nivån bottenar enligt honom i att läkarkåren inte är särskilt benägen att se landstingen, det vill säga de folkvalda, som legitima - man hämtar istället sina utgångspunkter för hur verksamheten ska bedrivas från den professionella etiken och det regelsystem som avgörs professionellt. "Ekonomin kan i andra sammanhang vara den yttersta restriktionen men här kan det vara så att man inte törs gå i klinch med professorer och få alla emot sig", hävdar han vidare som en förklaring till att den politiska ledningen är obenägen att fatta obekväma beslut som kan utmana den medicinska professionen.⁴⁵

⁴³ Ingvar Sjögren, 2002-11-07.

⁴⁴ Gudmar Lundqvist, 2003-01-16. Lundqvist avgick som sjukhusdirektör 1998, och slutsatsen av det han beskriver är att situationen försämrats efter hans avgång. Nu stöds hans tolkning av situationen också från andra håll, och enligt förre landstingsdirektören Curt Rönnblom var Lundqvist en ledande person med osedvanligt gott renommé inom sjukhuset.

⁴⁵ Lars Eriksson, ekonomidirektör Uppsala, 2002-12-06.

När den nuvarande sjukhusdirektören för Akademiska sjukhuset, vid sidan av landstingsdirektören den mest centrala chefsposten i Uppsalas landsting, beskriver relationerna förstärks intrycket av en organisation med ett stort inbyggt avstånd, även om hans egna relationer till landstingsledningen, i praktiken ett fåtal ledande politiker, är täta och goda. Men landstingsledningen förmår inte styra Akademiska sjukhuset utan sjukhuset styr sig självt. "Det finns heller ingen dominerande lojalitet från professorerna mot landstinget som arbetsgivare" understryker han.⁴⁶ Han är inte den förste som särskilt omnämner professorerna vid universitetssjukhuset som svårstyrda. Men dessa individualister - "våra balleriner" - behövs i systemet, de som gör vad de tror på istället för det de ska. Ett utrymme måste finnas för dem, "men inte alltför mycket", menar Hemmingsson. För relationen mellan landstingsledningen och Akademiska sjukhuset spelar forsknings- och utbildningsfrågor en viktig roll. "Mellan medicinska fakulteten och sjukhuset (förs) en ständig diskussion om att man ligger rätt", minns tidigare landstingsdirektören Curt Rönnblom.⁴⁷ Denne syftar på hur balansen mellan forskning och högspecialiserad vård och länssjukvården upprätthölls på sjukhuset.

Att forskning har varit en framträdande del av Akademiska sjukhusets verksamhet är något fler ense om och att skillnaden till Universitetssjukhuset i Linköping är betydande. Det i sin tur kan botten i att de akademiskt verksamma läkarna har behållit en starkare maktposition i Uppsalas landstingsorganisation än vad som är fallet i Östergötland. Frågan om de "svårstyrda individualisternas" ställning i sjukvårdssystemet, som inte sällan är forskningsledande, är en principiellt viktig fråga som i hög grad konfronterar ett politiskt-administrativt värdesystem där planering, styrning och uppföljning sätts i högsätet med ett där autonomi och risktagande är mycket mer framträdande. Även i Uppsala förekommer uppfattningar på hög nivå om att professorer i egenskap av sin akademiska ställning är svårstyrda, och att någon grundläggande lojalitet från deras sida gentemot landstinget inte etablerats.⁴⁸ Men acceptansen för att lojalitet inte är alltid är det eftersträvaransvärda i det som också är en forskningsorganisation är större i Uppsala än i Östergötland.

I Östergötland har man emellertid från landstingsledningens sida sedan länge dragit konsekvenserna av den insikten och systematiskt avfört professorer från ledande befattningar. Konsekvenserna för forskningsverksamheten av en sådan policy är en mycket viktig framtidsfråga, som emellertid kräver ytterligare forskning för att kunna besvaras.

⁴⁶ Erik Hemmingsson, 2002-12-10.

⁴⁷ Curt Rönnblom, 2003-02-26.

⁴⁸ Erik Hemmingsson, sjukhusdirektör, Uppsala, 2002-12-10.

Förekommer då stereotypiserade bilder av de andra grupperna hos chefstjänstemännen i Uppsala, som kan antyda en bristande gemensam identitet? Inte i särskilt hög utsträckning. Hos någon av intervjupersonerna framkommer visserligen bilder av att ”läkare” inte är benägna att acceptera politisk styrning eftersom politiker betraktas som inkompetenta, och att ”politiker” är välvilliga för att man är rädd att stöta sig med professionen. Men stereotyper av detta slag återkommer inte ofta.

3.1.2. Relationer och förtroende: Landstinget i Östergötland

I Östergötland intar de ledande landstingspolitikerna en annan hållning än den som mötte i Uppsala.⁴⁹ Relationerna mellan samtliga tre grupper av aktörer, det vill säga politiker, profession och administratörer, beskrivs av samtliga som goda, ibland till och med mycket goda. ”Förtroendefulla och absolut inte antipatiska” som en företrädare för den politiska oppositionen formulerar det.⁵⁰ Inte minst framhålls här politikernas men också professionens goda förhållande till sjukvårdstjänstemännen.

Björn Grip (v), som tillhör den politiska majoriteten noterar att det visserligen alltid förekommer spänningar men att ”det finns ett bra samarbetsklimat och en styrande dialog. Denna dialog har blivit alltmer systematiserad över tid”.⁵¹ Att ”dialogen”, med andra ord samtal och möten mellan de skilda grupperna, fungerar är en nyckelfaktor i sammanhanget. Flera från politikergruppen anser att relationerna mellan i synnerhet politiker och profession förbättrats över tid och inte minst under 1990-talet. ”Dialogformen har börjat sätta sig”, menar företrädaren för miljöpartiet, som framhåller att detta skett under den senaste mandatperioden.⁵² Att relationerna har förändrats till det bättre genom att rollen som medborgarföreträdare har förstärkts är en vanlig uppfattning. Mot bakgrund av den ansträngda ekonomiska situation som sjukvården präglats av under 1990-talet är det lätt att föreställa sig att relationerna skulle utsättas för svåra påfrestningar, som i Uppsala. I Östergötland förefaller det dock vara snarare tvärtom.

Vad är det som fungerar väl och som gör att landstingspolitikerna uppfattar relationerna och samspelet som annorlunda än i Uppsala? Flera aspekter är värda att framhålla. Förståelse för varandras skilda roller i systemet, respekt för varandra samt tydliga roller som medger ett definierat utrymme för varje grupp är beskrivningar som återkommer. Den ledande socialdemokraten pekar på att det finns en god personkännedom och att de sociala relationerna fungerar väl.⁵³

⁴⁹ I Östergötlands läns landsting intervjuades Paul Håkansson (s), Agneta Niklasson, (mp), Björn Grip, (v), Sven-Eric Nilsson, (c), Anders Senestad, (m), Gunnar Asserhed, (fp) samt Levi Eckeskog, (kd).

⁵⁰ Gunnar Asserhed (fp) 2002-10-16.

⁵¹ Intervju Björn Grip (v) 2002-10-16.

⁵² Intervju Agneta Niklasson, (mp), 2002-10-16.

⁵³ Intervju Paul Håkansson (s), 2002-10-16.

Bilden som landstingsledningen ger av den medicinska professionen i bemärkelsen läkare, klinikchefer och centrumchefer är också den präglad av en positiv grundton. Professionen beskrivs som "lyssnande". "Hur det fungerar beror ju mycket på hur klinikcheferna och vårdprofessionen dras in. Idag uppfattar jag det som att många deltar i dialogen", säger miljöpartiets företrädare som är relativt ny på posten som landstingsråd. Professionens lojalitet mot tagna beslut lyfts också fram utifrån det exempel då den politiska majoriteten valde att avskaffa universitetssjukhusets direktör och dela upp sjukhuset i mindre centrumenheter. Motståndet var starkt från professionellt håll, men implementeringen har skett lojalt.⁵⁴ Ömsesidig lojalitet mellan profession och politiker återkommer flera till. "Media ställer mycket frågor till oss – men cheferna är bra mycket mer ansvarsfulla idag än för 10 år sedan. Vi försöker också undvika att skälla på varandra".

Även de inom landstingsledningen som intar en något mer distanserad hållning anser att professionen ändrat sina attityder och att profession och politiker är mer jämbördiga idag.⁵⁵ Samtidigt framkommer även i Östergötland en del uppfattningar om hur läkare "är" - myter eller ej – som inte är odelat positiva. Det kan finnas tendenser att vilja springa ifrån avtalen, det vill säga göra annat än vad de folkvalda "beställt", och professionen har en tendens att vilja "skylla på politiker" trots att det är en decentraliserad organisation.⁵⁶ Professionen är vidare stark, måhända underförstått alltför stark, och även om attityderna blivit bättre kan det finnas föreställningar som tar sikte på politikernas okunnighet. Politikernas beskrivning och bild av hur relationerna fungerar mellan i synnerhet politiker och profession i Östergötlands landsting avviker påtagligt från den som gavs i Uppsala. En påfallande samstämmig beskrivning av goda, till och med förtroendefulla, relationer som dessutom förbättrats under senare år är det bestående intrycket från landstingsledningen i Östergötland. Där en viss skepsis och misstro lyste igenom i Uppsalas fall, är det i Östergötland snarare en ökad förståelse, respekt och samling kring gemensamma problem som framhålls.

Från den medicinska professionens utsiktspunkt är relationerna till politiker och tjänstemän mycket goda. I kontrast till Uppsala förefaller Östergötland ha lyckats mejsla fram en känsla av landstinget som en gemensam organisation: "I Linköping däremot kände vi att vi satt ihop – hälsouniversitetet, politiker, tjänstemän; att vi var ett gäng. Här (i Uppsala, min anmärkning) är vi istället två gäng. Det är politiker och tjänstemän, och sedan är det universitetssjukhuset".⁵⁷

⁵⁴ Anders Senestad (m), 2002-10-16.

⁵⁵ Sven-Eric Nilsson, (centern), 2002-09-16.

⁵⁶ Sven-Eric Nilsson (centern) 2002-09-16, Agneta Niklasson (mp), 2002-09-16.

⁵⁷ Urban Lönn, centrumchef, Uppsala, 2003-02-28.

Det finns en närhet och en täthet i kommunikationen som återkommer i flera beskrivningar. Beslutsvägarna är korta.⁵⁸ "I Linköping var nätverk och kommunikation utbyggda och det var en fördel. Mycket mer utbyggt, vilket alltså är en fördel" säger den centrumchef i Uppsala som i drygt tio år var läkare i chefsposition vid universitetssjukhuset i Linköping. Systemet av kontinuerlig kommunikation leder till ökad ömsesidig förståelse för varandras roller och de krav som ställs utifrån olika "uppdragsgivare". En centrumchef menar att kommunikation och kanaler för kontakter är väl utbyggda, men att dessa framförallt går till den administrativa delen av landstingsledningen, det vill säga landstingsdirektören.⁵⁹ Behöver man emellertid träffa politikerna så är det "aldrig några problem".⁶⁰ Och den politiska ledningen är en stark ledning, roller och beslutsnivåerna är likaså tydliga. "Det är mycket bra relationer, och jag har uppfattat dessa som mycket bra. Jag har heller inte märkt någon skillnad på politisk ledning. Vi arbetar nära och det är kortare väg mellan landstingspolitiker och landstinget" menar en centrumchef som varit på universitetssjukhuset i Linköping i över trettio år.⁶¹ Att beslutsvägarna beskrivs som kortare är en konsekvens av att universitetssjukhuset i Linköping inte längre har någon sjukhusdirektör. Det problem som pekas ut som en möjlig källa till försämrade relationer är, precis som i Uppsala, de krav på prioriteringar som den ekonomiska situationen driver fram och obenägenheten att från politiskt håll fatta beslut om försämringar. Förväntningar finns från professionellt håll på att det politiska ansvaret för prioriteringar måste öka. Men det finns en skepsis mot att politiker ska klara att ta steget över till vad som i denna rapport kallats riskpolitik. "Prioriteringsprocessen är en knäckfråga och misstron gäller att politiker ska orka driva fram processen till sitt slut."⁶²

Professionens bild av politikerna och tjänstemännen i Östergötland, vilken är den? Inte så överraskande framkommer få yttranden som förmedlar det slags schablonbilder som jag tagit fasta på här, nämligen "så här uppträder politiker" eller "så här uppträder tjänstemännen". När beskrivningar av "de andra" förekommer är det i termer av intryck av personen såsom att "Arne Johansson är en visionär landstingsdirektör" eller att "Palle Håkansson (ordförande i landstingsstyrelsen) är intresserad och kunnig". Det skulle kunna tyda på att distansen inom landstingsorganisationen i Östergötland är betydligt mindre än den är i Uppsala. En gemensam identitet är för handen i större grad i Östergötland, vilket minskar behovet och därmed förekomsten av mer schablonmässiga bilder av en fiktiv motpart, vad som i identitetsstudier betecknas den

⁵⁸ Lars Baldetorp, centrumchef Linköping, 2003-03-04, Urban Lönn, 2003-02-28.

⁵⁹ Arne Johansson som avgick vid årsskiftet 2002/2003 har som landstingsdirektör haft en nyckelroll i systemet.

⁶⁰ Martin Magnusson, 2003-03-04.

⁶¹ Lars Baldetorp, 2003-03-04.

⁶² Erling Karlsson, 2002-10-16.

Andre (Petersson, 2003). Det i sin tur kan böttna i att de personliga mötena och möjligheten till kommunikation är avsevärt mer frekventa. Bidrar professionens beskrivningar och bilder till att förändra eller modifiera intrycket av hur relationerna fungerar som förmedlades genom politikerna? För Östergötlands del är det inte fallet. Precis som bland politikerna beskrivs relationerna påfallande samstämt som goda, nära och täta och samtalen, dialogen och mötesplatsen framhålls ofta som nyckeln i sammanhanget. Alltmer tonar för Östergötlands del fram bilden av en organisation där den gemensamma identiteten är utmärkande. En tredje part i landstingsorganisationens maktstruktur återstår dock: chefstjänstemännen.

Bilden är, vilket knappast förvånar, den av ett gott förhållande. "Relationen mellan chefsadministratörer och politiker är bra idag. Och vi har arbetat upp goda relationer med verksamhetsföreträdarna. Därigenom skiljer sig Östergötlands landsting en del från andra landsting här i Sverige" är nyckelpersonen Arne Johanssons beskrivning.⁶³ Arne Johansson är den som vid sidan av den tidigare landstingsdirektören Bertil Nilsson bedrivit det mest framträdande strategiska arbetet för att genomdriva en konsekvent modell, där också mer inflytande för den administrativa delen av landstingsledningen blivit en effekt.

Finns det någon bild av andra aktörer i systemet, som bygger på stereotypiserade föreställningar? Intressant nog förekommer det faktiskt när det gäller den medicinska professionen. Läkare är yrkesutövare som när som helst kan dra andra i systemet vid näsan – i kraft av sin professionella sakkunskap - och som därmed måste kontrolleras oerhört effektivt. En bild av i synnerhet den akademiskt verksamme läkaren, professorn, som "förmer", överlägsen och närmast betraktande sig som gudalik; "frågan är om det finns något mellan dem och det högsta" antyder en bild av i synnerhet den akademiskt framträdande läkaren som ytterst statusmedveten och i det närmaste arrogant.⁶⁴

Så långt kan vi konstatera att landstingskulturen i Uppsala och Östergötland skiljer sig starkt åt. Hur kan det förklaras? Inledningsvis formulerades en hypotes, där formella institutioner – beslutssystem – antogs viktiga för hur kulturen formas, även om det inte är den enda faktor som är betydelsefull. Därför övergår jag nu till en analys av de institutionella ramverk, den organisation, som byggts upp i Uppsala och Östergötland. Innan jag går in på den konkreta organisationen fordras en kortfattad genomgång av framväxten av det system av marknadsanpassning (i Sverige ofta under beteckningen

⁶³ Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

⁶⁴ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05, Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

beställar-utförarorganisationer) som satt sin prägel på landstingen under 1990-talet men som för Östergötlands del har sin begynnelse långt tidigare.

3.2. 1990-talets svenska sjukvårdsorganisation: marknadsanpassning

Marknadsanpassning, eller med ett anglosaxiskt uttryck ”managed competition”, är en av de mer framträdande delarna av det större reformtänkande kring den offentliga sektorns styrning som gått under samlingsbeteckningen New Public Management (NPM). NPM är ett knippe idéer angående nya och mer marknadsliknande styrsystem för offentlig sektor (Blomgren, 1999). På sjukvårdsområdet kom behovet av en mer marknadsanpassad offentlig sjukvård att på allvar prägla diskussionen i Europa under 1980-talets första år, efter att först ha sett dagens ljus i USA. Under 1980-talets mitt nådde dessa idéer också med full kraft Sverige, introducerade som Blomqvist visar i ”vågor” av idémässiga entreprenörer med akademisk bakgrund i ekonomiämnet och hälsoekonomi.⁶⁵

Mot bakgrund av de ökande kostnaderna för sjukvården i hela den industrialiserade västvärlden var avsikten bakom de bärande idéerna om interna marknader att skapa större kostnadsmedvetenhet hos beslutsfattare och inom den medicinska professionen. I Sverige tillkom emellertid en ytterligare målsättning, nämligen att säkra patientens större inflytande genom valfrihet av vårdgivare. I det svenska sammanhanget var demokrativärdena starka, därav betoningen av patientens rätt (Blomqvist, 2002). De *politiska* strävanden som präglade perioden har alltså varit två: dels ett ökat fokus på behovet av prioriteringar, dels en starkare betoning av patientens rätt till valfrihet och inflytande (Blomqvist, 1996, jfr. Blomqvist och Rothstein, 2000). Samma tendens uppträder också inom andra välfärdsområden som skola och barnomsorg (Pierre och Peters, 2000). Men inom sjukvården har den varit särskilt omvälvande, därför att detta område ända fram till 1990-talets början uppfattades som påfallande stängt för påverkan från patienter, anhöriga och medborgare i allmänhet (Petersson m fl., 1998). Patientens rätt till diagnos, behandling och valfrihet när det gäller vårdgivare har därefter stärkts kraftigt under 1990-talet. Orsakerna är flera. Men strävan vilar framförallt på en föreställning om en efterfrågestyrd vård. De patienter som upplever sig vara i behov av vård, har också rätt att erhålla den – och snabbt. Studier visar också att förhållningssättet har stöd i befolkningen (Anell, Rosén, Hjortsberg, 2002).

⁶⁵ För en utmärkt analys av hur inte minst den socialdemokratiska synen på offentlig sjukvård kom att förändras under intryck av idéerna kring ”managed competition” se Blomqvist, 2002. Hennes slutsats är att idéer färdas genom nationella sammanhang via inhemska entreprenörer, som förmår omsätta dem till den speciella mylla som en nationell politisk kultur utgör.

Vad som ibland kallas den efterfrågestyrda vården är till skillnad från sjukvårdsprioriteringar ett av många exempel på vad som kan kallas "förbättringspolitik", reformer som syftar till att expandera individers materiella välfärd eller stärka efterlevnaden av värden eller rättigheter som uppfattas som väsentliga. Den samtidiga betoningen av både behovs- och efterfrågestyrd vård från politiskt håll har emellertid skapat spänningar i ledningsstrukturen för sjukvården, som i förlängningen riskerar att minska den politiska ledningens trovärdighet i både administratörernas, professionens och möjligen också medborgarnas ögon. Strävandena att skapa förutsättningar för politiska prioriteringar kan därför inte analyseras isolerat från strävanden efter att stärka patienters inflytande och valfrihet. Inom det offentliga ram ökar patientens makt över sin egen vård, framförallt genom införandet av vårdgaranti och valfrihet, vilket är åtgärder som kan bidra till att minska genomslaget av medicinska behov som avgörande för vårdtillgång. Denna parallella – och i förhållande till prioriteringar paradoxala – policy påverkar kulturen, relationerna, på lokal nivå och därmed indirekt beslutspotentialen för försämringspolitik. Problemet är alltså att man genom eftergifter mot efterfrågestyrning, byggde in ett kostnadsdrivande element, samtidigt som avsikten också var att politiker och tjänstemän skulle få mer överblick över kostnader och sjukvård genom beställarkonstruktionen.

1989 utfärdade Landstingsförbundet en rekommendation till landstingen att patientinflytandet måste stärkas. Någon speciell organisationsmodell för att bäst tillgodose detta krav föreslog förbundet emellertid inte, utan hänvisade till att landstingen skulle förnya sin organisation med den interna marknadsmodellen som förebild. Det svenska decentraliserade sjukvårdssystemet där landstingen kommit att spela en alltmer framträdande roll innebär att initiativen till att reformera organisationen i en mer "marknadsliknande" riktning har legat på regional och inte på nationell nivå. Visserligen har Landstingsförbundet spelat en normerande roll i och med att förbundet utfärdar och förhandlar fram policyriktlinjer men landstingens autonomi att själva styra sin verksamhet är trots det stor och dessutom förankrad i lagstiftning.⁶⁶

Konsekvensen är att motivationen och förmågan att genomföra de föreskrivna reformerna mot marknadsanpassning och patienters ökade valfrihet har varierat betydligt mellan landstingen, där i synnerhet Dalarnas, Stockholms och Bohus läns

⁶⁶ I diskussionen kring nya former av styrning (governance) är landstingsförbundets roll i sjukvårdspolitiken intressant. Förbundet är inte en statlig myndighet utan en intressesammanslutning för de svenska landstingen men har ändå tilldelats i praktiken normerande uppgifter. "The third type of power displacement has been to move powers and capabilities traditionally controlled by the state to institutions and organizations operating at arm's length from the political elite" skriver Jon Pierre och B. Guy Peters träffande (2000, 89).

landsting tidigt konstruerade organisationer som skulle tillgodose kraven på interna marknader, privatisering i produktionsledet och patientens rätt att välja vårdgivare (Blomqvist, 2002). Avsikten bakom ”managed competition” när den lanserades av den amerikanske ekonomen Alan Enthoven i slutet av 1970-talet var visserligen inte att stärka politikernas roll (vilken inte är framträdande i det amerikanska vårdssystemet), men däremot att försvaga den medicinska professionens i det närmaste totala maktposition gentemot patienterna, eller som dessa kallades i den hälsoekonomiska terminologi som vann terräng under dessa år, sjukvårdskonsumenter. Incitament måste byggas in i systemet vilka skulle göra läkarna mer kostnadsmedvetna, en egenskap som var i det närmaste obefintlig hävdade Enthoven.⁶⁷ I det svenska sjukvårdssystemet företräds sjukvårdskonsumenter inte som i USA av försäkringsbolag utan av politiska representanter och tjänstemän. Följaktligen var det den politiska och möjligen administrativa nivån i systemet som behövde stärkas, om Enthovens huvudbudskap översattes till svensk sjukvårdsmiljö.

Ett system med marknadsliknande drag där man från den politiska ledningen inte bara sluter avtal med ”privata” vårdgivare utan även med offentliga, bygger för att det ska fungera på att även dessa senare avtal, som kan liknas vid en intern marknad, blir ”riktiga”. Med riktiga menar jag att vårdgivarna inte först sluter ett avtal och sedan om kostnaderna blir för höga, får ersättning eller anslag för att täcka förlusterna i efterhand. Ett decentraliserat system, med fristående ”resultatenheter” där utförarna bär sina egna underskott förefaller därför vara något av en förutsättning för att interna marknader ska fungera. Men systemet förutsätter dessutom att beställarna har god kännedom och kunskap om vårdresultat, behov och effektivitet av olika behandlingar. Kort sagt, ett beställar-utförarsystem förutsätter mer kunskaper än ett traditionellt anslagssystem på den politiska nivån eftersom det är ett aktivt och inte ett reaktivt styrningssystem där vårdbehov ska förutses och kontrakt tecknas i förväg.

3.2 Landstingsorganisationen i Östergötland

1991 fattade Landstinget i Östergötland under borgerlig majoritet beslut om att genomföra en beställar-utförarorganisation. Beslutet fattades i politisk enighet, trots att det föregicks av diskussioner som ”skedde i viss vända”.⁶⁸ Flertalet politiker och tjänstemän återkommer också till att den politiska samsynen inom landstinget är

⁶⁷ Enthoven drog slutsatsen att läkarna (vårdgivarna) måste konkurrensutsättas för att börja tänka i ekonomiska termer. Enligt hans förslag skulle konkurrensen ligga i att försäkringsbolagen kunde förhandla med läkare om förmånliga kontrakt på förhand, för att få ner priserna för sina kunder. För svensk del gäller samma tanke i de avtal som beställare sluter med vårdgivare (Blomqvist, 2002, 65f).

⁶⁸ Björn Grip, (v), Östergötland, 2002-10-16, Paul Håkansson, (s), Östergötland, 2002-10-16.

påtaglig. “Inte hårda partipolitiska motsättningar”, “i landstinget finns det en politisk enighet och den är stor- en samsyn som existerar i grundläggande frågor”.⁶⁹ Det har funnits en vilja att skapa stabilitet genom att de politiska beslut som fattas ska hålla även över ett majoritetsskifte.

Den politiska stabiliteten utgör en del av en långsiktighet. En annan slags stabilitet är kontinuiteten, personellt och idémässigt, bland de ledande administratörerna, något som upprätthålls genom att man rekryterat till ledande positioner “inom kulturen”. Med andra ord hämtas chefspersoner bland dem som redan tidigare är välbekanta – ett annat ord är socialiserade – i den kultur som råder. Bertil Nilsson var landstingsdirektör mellan åren 1977 till 1988, viktiga år då grunden till Landstinget i Östergötlands nuvarande organisation lades. 1982 tillträdde Arne Johansson som visserligen inte blev landstingsdirektör förrän 1994 men som ändå hade en ledande roll som ekonomidirektör i landstinget tidigt. Arne Johansson avgick 2002 och efterträddes av Åke Rosandher, tidigare ekonomidirektör i landstinget.⁷⁰ Dessa nyckelpersoner har “lärt upp” varandra, och fört de idéer vidare vilka lanserades i Östergötlands landsting redan i slutet av 1970-talet. Beskrivningarna är på den punkten samstämmiga. Östergötland har haft kontinuitet på tjänstemannasidan, och tjänstemännens position i systemet har varit stark. “Vi har mycket professionella tjänstemän här i detta landsting, innovativa skulle man kunna säga”, säger en politisk företrädare.⁷¹

När Östergötlands landsting formellt beslutade om ett beställar-utförarsystem 1991, hade man redan sedan länge ett starkt decentraliserat sjukvårdssystem på plats, något som jag vill argumentera för var en mycket väsentlig förutsättning för att reformen lyckades (Blomqvist, 2002). Marken i Östergötland var därför förberedd för ett beställar-utförarsystem när det väl infördes, och den landstingsdirektör som under 1990-talsåren spelat en absolut huvudroll i systemet pekar på att han själv redan i början av 1980-talet formulerade idéer som hade likheter med 1990-talets organisation: ”En del trodde att det kom från skyn... men jag skrev redan 1982 att inget är gratis, no free lunches. Man måste betala det man verkligen nyttjar. Det är ju

⁶⁹ Sven-Eric Nilsson, (c), Östergötland, 2002-09-16, Agneta Niklasson (mp), Östergötland, 2002-09-16.

⁷⁰ I den intervju med Arne Johansson som finns i boken “I timglasets midja – personliga intervjuer med nio landstingsdirektörer” framkommer dennes påfallande strategiska sätt att tänka på en organisation. Vill man behålla kulturen måste man rekrytera inifrån, säger han, eftersom kostnaderna för extern rekrytering inte bara är ekonomiska utan också kulturella. Det tar lång tid för personer utifrån att lära sig koderna. Åke Rosandher “har många år i Östergötlands landsting bakom sig. De båda har jobbat ihop länge”(44). Jfr intervju Paul Håkansson, (s), Östergötland, 2002-10-16.

⁷¹ Agneta Niklasson, (mp), Östergötland, 2002-09-16, jfr Martin Magnusson, centrumchef medicentrum, Linköping som anser att Arne Johansson varit visionär. 2003-03-05. Anders Senestad, (m), Östergötland menar att landstinget har en “hel del kompetenta tjänstemän som är självständiga”. 2002-10-16.

en självklarhet att det som är den innersta kärnan, verksamheten, också måste underkastas ekonomistyrning”.⁷²

Där många andra landsting under 1990-talets andra hälft, efter en kortare period av experimenterande med interna marknader och beställarsystem, återgått till ett mer traditionellt anslagssystem eller etablerat hybrider mellan anslagssystem och beställarorganisationer utgör Östergötland ett exempel på en konsekvent genomförd omläggning, där flertalet aktörer är ense om att beställar-utförarorganisationen har lyckats. Östergötlands landsting styrs idag via principer byggda på såväl decentralisering som centralstyrning. Särskilt betydelsefull ter sig landstingets ledning av Universitetssjukhuset i Linköping, mot bakgrund av att den relationen ställer principiella styrningsproblem på sin spets som också återfinns i Uppsala landsting.

Universitetssjukhus beskrivs ofta som mycket svårstyrda, befolkade som de är av korsande lojaliteter mellan klinisk verksamhet, forskning och forskarutbildning. Inslaget av individualister med starka viljor antas vanligen vara hög. Universitetssjukhusen har därför beskrivits som något av ett “svart hål”, som slukar stora mängder pengar utan att den politiska ledningen alltid är säker på till vad pengarna går. På samma gång är den forskning och den forskarutbildning som bedrivs vid universitetssjukhusen helt nödvändiga för sjukvårdens kvalitet och framtid. Men balansen mellan att ha administrativ kontroll och att skapa den frihet som krävs för nytänkande är intrikat. Att öka styrbarheten och kontrollen över universitetssjukhuset har varit högt prioriterat. I Östergötland är det ingen överdrift att påstå att landstingsledningen har etablerat en kontroll över universitetssjukhuset.

Universitetssjukhuset i Linköping är numera (2003), organiserat i ett antal fristående resultatenheter, centrum, som inom sig rymmer ett antal kliniker. Centrumbildningarna är sjukhusets kärna, och budgetansvaret vilar helt på den nivån. Därigenom har en långtgående decentralisering ägt rum, så att de enheter som är närmast verksamheten också bär det direkta ansvaret. I denna modell sluter centrumbildningarna själva avtal med “beställarna”, och inte med en centralt placerad sjukhusledning. Centrumbildningarna leds av en centrumchef, som är läkare men vanligen inte professor. De centrumchefer i Östergötland som intervjuats uttrycker samtliga stor tillfredsställelse med den organisation som genomförts och anser att det blivit bättre i och med att varje centrum bär sina egna kostnader. Därigenom blir det tydligt vilka enheter som är lönsamma och vilka som inte är det, hävdas det. Tydligheten i systemet ökar. Sedan 1997 finns heller inget “mellanled”, det vill säga

⁷² Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

en sjukhusledning under ledning av en sjukhusdirektör utan centrumcheferna är *direkt* underställda landstingsdirektören – landstingets högsta administrative chef.

Samtliga centrumchefer och landstingsledningen (=landstingsdirektören) sammanträffar månatligen. Man skulle därigenom kunna tala om att en parallell centralisering av makten ägt rum, med färre beslutsnivåer och styrning direkt via landstingskansliet. När posten som sjukhusdirektör avskaffades vid universitetssjukhuset i Linköping och centrumbildningarnas position stärktes skedde det mot professionens och den borgerliga oppositionens vilja. Detsamma har därefter skett på ytterligare ett sjukhus i landstinget, Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Besluten har emellertid implementerats lojalt sedan de väl fattats. Flertalet andra strategiskt viktiga beslut har i motsats till det om borttagandet av sjukhusledningen fattats i stor politisk enighet. Inte minst gäller det 1991 års beslut om en övergång till en beställarutförarmodell, en reform som implicerar ett sätt att tänka kring politikernas roll som inte tidigare dominerat i svensk sjukvård.

3.2.1 Ett decentraliserat ansvar

Östergötlands framgång med att genomföra idéerna kring marknadsanpassning är ett belysande exempel på vikten av att studera lokala processer, och att inte på ett område som sjukvårdens med stor lokal autonomi begränsa analysen till vad som utspelar sig på nationell nivå. Vilka var orsakerna till detta landstings organisatoriska beredskap för ett system med interna marknader som slog igenom i början av 1990-talet? För att förstå Östergötlands organisation och landstingskultur måste vi söka oss tillbaka till år 1977. Landstinget hade då fått en ny landstingsdirektör, Bertil Nilsson, med en bakgrund i det privata näringslivet.

Nilsson, som 1974 anställdes som ekonomidirektör i landstinget är en av de verkliga nyckelpersonerna i den organisatoriska omvandling som kom att äga rum i landstinget.⁷³ 1977, som nybliven landstingsdirektör, tog denne initiativ till en utredning med målet att göra en *total* översyn av hela förvaltningsorganisationen, både förtroendemannaorganisationen, tjänstemannaorganisation på central nivå samt ”serviceenheterna” (den kliniska och primära vårdnivån). Utredningen var ambitiöst upplagd, och syftade ytterst till att genomföra en organisation som av tjänstemännen betraktades som mer styrbar. Brister i kommunikationen mellan central och lokal förvaltning, budgetens bristande styreffekt på verksamheten, brister i lojalitet mellan centrala och lokala politiska organ och oklar ansvarsfördelning mellan politiker och tjänstemän framhölls som framträdande brister i den dåvarande landstingsorganisationen.⁷⁴ Redan 1977 tecknade landstingsdirektören Bertil Nilsson

⁷³ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

⁷⁴ “Probleminventering i huvudsak byggd på egen erfarenhet” Stig Melin, 1978-04-06, Östergötlands landstingsarkiv.

den framtida problembilden för sjukvården i termer som påminner starkt om den analys som Enthoven samtidigt gjorde i USA:

En hårdnande konkurrens om tillgängligt ekonomiskt utrymme, parat med ambitionen att fortsatt tillgodose angelägna behov, kommer att ytterligare skärpa de nämnda kraven och dessutom nödvändiggöra insatser för att höja effektiviteten och rationaliteten i befintlig verksamhet. Det senare är en grannliga uppgift som i sin inriktning inte får gå ut över vårdtagarnas omvårdnads- och servicebehov”.⁷⁵

Men den genomgripande utredningen företogs ändå framförallt av motivet att göra organisationsstrukturen mer tydlig, och därmed öka styrbarheten, och inte av en brist på resurser som tio år senare skulle framstå som det alltmer överhängande problemet.⁷⁶ De allmänna värden som skulle förverkligas genom den framtida landstingsorganisationen slogs i ett tidigt skede fast som demokrati, effektivitet och kvalitet. Demokrati skulle säkras genom att politikernas roll stärktes och överblicken ökade, vad gällde effektiviteten så var decentralisering till verksamheterna på gräsrotsnivå, kliniker och primärvårdsenheter den helt dominerande idén, och kvalitén på vården förutsattes förbli intakt genom de starka normer som genomsyrade läkarprofessionen. I direktiven angavs att ett huvudsyfte med översynen var att skapa förutsättningar för den politiska organisationen att ”styra, planera och hålla kontakt med verksamheter”.⁷⁷ Redan i direktiven slås en strävan efter en samtidigt centraliserad och decentraliserad organisation fast. Utredningen ska arbeta mot att tydliggöra uppgiftsfördelningen, så att planering, resursfördelning och uppföljning ligger centralt, medan lokalt ansvar föreligger för ”drift av verksamheter, tillvaratagande av resurser och utvecklingsmöjligheter å den andra”.⁷⁸

Dåvarande landstingsdirektören framhåller i en tillbakablick att några få grundläggande principer mycket riktigt styrde arbetet. Decentralisering var en av dessa, något som emellertid stötte på starkt motstånd från dem som höll på den kommunala lagen och menade att ledningen hade ansvaret för allt, liksom från visst politiskt håll.⁷⁹ Samtidigt är det tydligt att från verksamhetshåll och likaså bland vissa tjänstemän var tankar på en decentraliserad organisation levande.⁸⁰ Decentralisering förutsätter samtidigt väl utvecklade styrsystem så att man från central nivå kan uppnå

⁷⁵ “Landstingets organisation –förslag att företa en förvaltningsorganisatorisk översyn”, 1977-11-07. Ärende nr 10:18.

⁷⁶ Nilsson säger själv att hans erfarenhet var den att strukturer betyder litet och sociala relationer mer: förståelse, respekt, och förtroende. Samtidigt fick han upp ögonen för att fila på strukturen. Intervju Bertil Nilsson f d landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

⁷⁷ Skrivelse, 1978-02-03, Ärende nr 10:9. Direktiv.

⁷⁸ Skrivelse, 1978-02-02, Ärende nr 10:9, Direktiv, Östergötlands landstingsarkiv.

⁷⁹ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

⁸⁰ Minnesanteckningar, Sociala gruppen, Mats Sjöberg, 1978-04-06, Östergötlands arkiv.

gemensamma mål och prioriteringar. Långsiktig planering och rambudget snarare än detaljbudget var det som kommittén föreslog, för dåtiden ett nytänkande.⁸¹ Den än mer radikala idén om en uppdelning i beställare och producenter formulerades emellertid inte vid denna tidpunkt.

Inom kommitténs ram artikulerades dessutom önskemål från medicinskt håll om behovet för läkare och klinikchefer med kunskaper i administration och ekonomi som påminner om idéerna kring kostnadsmedvetenhet och "the doctor as businessman" som då var på väg att slå igenom i den internationella debatten (Blomqvist, 2002). I en delrapport från utredningen lyfts klinikchefernas ofta bristande kostnadsinsikt fram. Fortfarande betraktas det som "halvfult" att vara läkare och samtidigt administratör, skrev kommittén. Det medicinska ansvaret har hittills alltid gått före det ekonomiska. "Klinikcheferna har p.g.a. den nuvarande splittrade och funktionellt uppbyggda sjukhusorganisationen inte tillräckliga möjligheter att påverka sin egen verksamhet. Detta skapar dålig motivation och ibland känsla av vanmakt för klinikcheferna".⁸²

1979 beslutade landstingets förvaltningsutskott att med knapp majoritet anta utredningens förslag till ny arbets- och förvaltningsorganisation. Uppenbarligen fanns det inom politikerledet kritik mot förslagen. Motståndet gällde framförallt idéerna om decentralisering, som innebar att politikerna förlorade en del beslutsutrymme till kliniker och primärvårdsenheter.⁸³ Genom 1979 års beslut var principerna om decentralisering som effektiviseringsmetod, krav på styrsystem från centralt håll och en principiell ansvarsfördelning mellan politisk ledning och administrativ ledning därmed fastslagna, framdrivna framförallt av en mycket stark tjänstemannaorganisation med tydliga visioner.⁸⁴ Stora delar av den organisatoriska struktur som långt senare skulle komma att behövas för att genomföra 1990-talets beställar-utförarreform var därmed sjösatt om än inte helt genomförd förrän i mitten av 1980-talet.

Utredningen i landstinget i Östergötland tillsattes under ett brytningsskede för de svenska landstingen, när uppgifternas omfattning hade börjat växa kraftigt, liksom antalet anställda och förtroendemannaorganisationen. Den situationen ställde krav på tydligare organisation, en högre grad av professionalisering men också byråkratisering. De bevarade handlingarna rörande utredningen visar att den översyn som gjordes och de förslag som senare genomfördes vittnar om en betydande

⁸¹ Internt diskussionsunderlag, 1878-04-07. Landstingets organisationsöversyn, Östergötlands landstingsarkiv.

⁸² Rapport från LOK 80s arbetsgrupp "Verkställighet". Principiell syn på landstingets organisation", Lars Nordgren, Spikonult AB, Östergötlands landstingsarkiv.

⁸³ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

⁸⁴ Protokollsutdrag, förvaltningsutskottet, 1979-02-05, Östergötlands landstingsarkiv.

framsynthet och strategiskt ledarskap när det gällde att bygga en landstingsorganisation med stora möjligheter att implementera centralt (det vill säga av landstingsledningen) fastställda mål. Ledarskapets betydelse var betydelsefullt för den institutionella förändring som drevs fram, och framförallt skapades en organisation där den centrala administrationens framtida makt i systemet säkrades. I en intressant analys av arbetsmarknadspolitiken poängteras att vid ”certain *formative moments* in history, these institutions are created with the object of giving the agent (or the interests the agent want to further) an advantage in the future game of power” (Rothstein, 1992). Införandet av ett decentraliserat ledningssystem är ett exempel på hur en institution förändras av medvetet agerande aktörer i avsikt att förskjuta maktbalansen till de agerandes fördel; ett formativt moment.

Administrativ styrbarhet var det intresse som framförallt landstingsdirektören ville främja genom förändringen av ledningsstrukturen. Medlet var att decentralisera men samtidigt stärka den centrala nivåns överblick, och vidare att garantera framtida lojalitet genom att institutionalisera former för personlig interaktion och socialisation. Här mejslades ett tydligt och omfattande utrymme ut för den centralt placerade förvaltningen. Betydelsen av ett gemensamt synsätt bland politiker, professionella och administratörer för att åstadkomma följsamhet trots långtgående lokalt ansvar framhålls, i och med att landstingsledningen inte längre skulle ha direkt kontroll. Personlig kommunikation och sociala möten skulle ske regelbundet som ett medel att binda samman organisationen mot gemensamma mål. Som vi ska se är den styrningsmekanismen väl utvecklad i Östergötlands landsting idag, och är som jag bedömer det en direkt följd av de decentraliseringsambitioner som präglade landstinget alltsedan 1970-talets slut.

Professorer är svårstyrda i en landstingsorganisation, genom den akademiska position som kan rendera dem ett statusmässigt övertag och en respekt inom läkarkåren som skapar en alternativ maktkälla. För att ytterligare öka styrbarheten i en decentraliserad organisation har en medveten strategi utvecklats i Östergötland så att professorer inte "släpps fram" till ledande positioner inom universitetssjukhuset. Företrädarna för den akademiska professionen har "inte alltid varit glada och det fanns ett öppet motstånd i mitten av 1980-talet" säger en tidigare landstingsdirektör men påpekar samtidigt att det "akademiska väldet" nu är brutet i systemet.⁸⁵ Genom att förhindra att akademiskt ledande personer får den starka ställning som en chefspost innebär, har landstingsledningen samtidigt förbättrat sina egna möjligheter till kontroll. Lojaliteten mot vetenskapliga normer och synsätt som vid sidan av de förpliktelser gentemot landstinget och patienterna som driver akademiska forskare, och som kan utmana

⁸⁵ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

administrativt fastställda styrningsnormer, tillåts därmed inte spela en roll. Rimligen måste även viljan att öka styrbarheten genom att ”avväpna” dem i professionen med den starkaste positionen spelat roll.⁸⁶ Organisationsförändringar är nästan alltid ett medel för att bevaka eller förändra befintliga maktförhållanden. Det är mycket tydligt i Östergötlands fall.

I institutionell forskning framhålls svårigheten för aktörer att förutse effekten av institutionella förändringar; att forma effektiva institutioner (effektiva i bemärkelsen att göra vad de var avsedda att göra) är svårt, lär oss historien (Rothstein, 1992).⁸⁷ I Östergötlands fall förefaller oväntat få oavsiktliga eller oönskade konsekvenser av de reformer man genomförde ha uppträtt.

3.2.2. Beställarna: en institutionaliserad kunskapsuppbyggnad

Ett decentraliserat beslutssystem byggt på omfattande personlig kommunikation mellan sjukvårdens tre nyckelgrupper fanns på plats i landstinget i Östergötland när beställar-utförarsystemet sattes efter 1991. Vad landstinget däremot saknade var ett institutionaliserat sätt att samla in och systematisera kunskaper kring behov, behandling, tekniker och kostnader som kunde förse beställarna med ett rimligt underlag. Därför lanserades i landstinget 1995 en organisatorisk innovation, det så kallade *medicinska programarbetet*, genom vilket ”beställarna” skulle erhålla betydligt bättre underlag för sina beställningar till vårdgivarna och därmed stärka sin roll och sin makt.

Det medicinska programarbetet var en lösning på den frustration över bristande möjligheter till välgemotänkta beställningar som växte sig stark inte bara i Östergötland utan också i andra landsting i takt med att beställar-utförarmodellen slog igenom i de svenska landstingen i början av 1990-talet. Idéerna om ”managed competition” kom från USA, där sjukvården inte är underkastad politisk styrning. Få hade därför funderat på att politikernas roll skulle komma att förändras, och att de underlag som krävdes nu inte var desamma som i ett traditionellt anslagssystem. Politiker förutsätts ju inte vara professionella sjukvårdsadministratörer eller ekonomer, utan lekmän utan detaljkunskaper kring medicinsk behandling. Medicinskt programarbete är därefter en idé som tagits upp i flera landsting. I Landstinget i Östergötland organiseras programarbetet kring ett antal sjukdomsgrupper, som tillsammans ska täcka merparten av länets sjukvårdskonsumtion. Skilda aspekter på

⁸⁶ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05, Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

⁸⁷ I det lyckade fall av institutionell ”design” som Rothstein empiriskt belyser var det Gustav Möller som genomdriva en arbetslöshetskassa knuten till fackföreningarna, stärkte deras (och socialdemokratins) maktposition i det politiska livet. Frågan är, varför så många aktörer gör ”fel” val.

vården beaktas, såsom befolkningshälsa, vad sjukvården kan göra, vilken nytta eller resultatet av en behandling är, och metoder för att kunna genomföra en öppen prioritering mellan olika patientgrupper.⁸⁸

Varje program utarbetas genom en process där politiker, patienter, anhöriga, tjänstemän och företrädare för den medicinska professionen gemensamt går igenom material, samtalar, möter patienter för diskussion och slutligen sätter samman ett längre dokument – ett ”program” – där det underlag som samlats in sammanfattas. Inom varje program finns en programordförande som är läkare, och som genomför analysen av sjukdomsgruppen ur ett medicinskt perspektiv. Denne kan också initiera medicinska programgrupper. Därutöver finns för varje program en förtroendemannagrupp, sammansatt av ett mindre antal fritidspolitiker, som ska företråda patienternas och de anhörigas perspektiv. Strukturen är följaktligen uppbyggd kring att olika aktörer företräds i arbetet: läkare, politiker och patienter. Förtroendemannagrupperna och de medicinska programgrupperna träffas regelbundet och därutöver förekommer länsövergripande programråd där ytterligare intressenter i processen kommer in: kommunala företrädare, chefstjänstemän och andra medicinska företrädare.

1995 inledde landstinget i Östergötland programarbetet genom att fokusera på två sjukdomsgrupper: stroke och psykisk ohälsa. Därefter följde program som behandlar cancersjukdomar, hjärtsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar och demenssjukdomar.⁸⁹ Östergötlands medicinska programarbete institutionaliserades 1999 som en reguljär del av nämndernas verksamhet, och programmen ses regelbundet över.

Programarbetet är en lyckad innovation. Flertalet politiker anser att programarbetet fungerat mycket väl, och bidragit till att stärka i synnerhet politikernas roll som medborgarföreträdare. ”Kunskapen är central, och genom den ökade kunskapen kan också de förtroendevalda bli tydligare i sin roll i detta system”, ”ökad respekt från professionen har definitivt ägt rum”, ”det medicinska programarbetet fungerar som en källa till kunskap. Vi beskriver sjukdomsgrupper/behandlingsmetoder och att vara med i detta är mycket värdefullt”, är formuleringar som återkommer hos politikerna.⁹⁰

Programarbetet kan i bästa fall tydliggöra den uppgift som politikerna bör ha i den nya modellen, och innebär en början till att bygga upp kunskap om behov som kan hjälpa till att göra denna uppgift praktiskt genomförbar. Ytterst är emellertid syftet att

⁸⁸ Gunilla Nyrén, tjänsteman landstingskansliet Östergötland, 2002-10-17.

⁸⁹ *Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning*, 1999:9.

⁹⁰ Sven-Eric Nilsson, (c), Björn Grip (v), Agneta Niklasson, (mp), samtliga Östergötland.

programmen ska kunna ge underlag för politiska prioriteringar *mellan* behandlingsformer och sjukdomsgrupper. Det finns kritiker som är skeptiska till att programmen någonsin kommer att kunna omsättas i öppna horisontella prioriteringar.⁹¹ En annan kritik som riktats mot programarbetet är att det tar mycket tid i anspråk och att de bästa läkarna därigenom dras in i onödigt arbete.⁹²

Vid sidan av att det arbete som läggs ned på varje program ökar kunskaper, medvetenhet och säkerhet inte minst hos de politiker som deltar, är arbetssättet i sig - processen - viktig. Programarbetena förstärker institutionaliserade arenor för kontakt, resonemang och samtal mellan de tre nyckelgrupperna i beslutssystemet, politiker, profession och tjänstemän liksom med den fjärde aktören i systemet, patienter och anhöriga. Inte minst är förankringen av programmens "beskrivningar" av sjukdomsläge, vårdformer, behandlingsmetoder och kostnader i patientgrupper och bland anhöriga viktig för den politiska nivån. I en rapport som beskriver det medicinska programarbetet heter det:

*”Det måste - bland alla inblandade – också finnas en genuin tilltro till att processen i sig har ett värde för utvecklingen. Detta har varit utgångspunkten för hur vi valt att organisera arbetet. Vi har även valt ett interaktivt arbetssätt som präglats av kontinuerlig dialog mellan berörda aktörer under arbetets gång ”.*⁹³

3.2.3. Institutionaliserade former för kontakt

En väl genomförd beställar-utförarorganisation skapar tydliga roller för de medicinskt verksamma och för politiker (och indirekt chefstjänstemännen) som underlättar relationerna dem emellan. För att genom organisationen kunna skapa kvaliteter i dessa relationer som förståelse, respekt, förtroende och lojalitet, krävs emellertid inte bara tydliga roller när det gäller ansvar. Det krävs regelbundna tillfällen för personlig kontakt och diskussion, där företrädare för de olika grupperna konfronteras med varandras ofta skilda utgångspunkter och intressen. Inom ramen för det medicinska programarbetet har sådana arenor byggts in i den regelbundna verksamheten, och flera vittnar om att det klimat som utvecklats bidragit till att förbättra relationerna mellan i synnerhet politikerna och de professionella. Anledningen till att organisationen av programarbetet i så hög grad kom att bygga på gemensam medverkan från många intressenter finns förmodligen att söka i Östergötlands långa tradition av en “möteskultur” mellan politiker, professionella och chefstjänstemän, som går tillbaka

⁹¹ Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05, Erling Karlsson, läkare, Östergötland, 2002-10-16, Gunnar Asserhed, (fp), Östergötland, 2002-10-16.

⁹² Gunnar Asserhed, (fp), Östergötland, 2002-10-16.

⁹³ *Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning*, 1999: 9-10.

till (åtminstone) universitetssjukhusets start 1977. Ingen framhåller således bristen på arenor för personlig kontakt, som vi ska se i hög grad är fallet i Uppsala.

I olika former, men med påfallande kontinuitet, har landstingsledningen alltid satsat på att "hålla dialogen igång" och att låta medicinskt verksamma möta politiker och vice versa. Idag förekommer så kallade strategikonferenser där de folkvalda och professionen möts och diskuterar. Där deltar 60-80 personer, varav 10-20 är folkvalda. "Strategikonferenserna var inte så strukturerade från början men har blivit mer tydligt efterhand."⁹⁴ Kontaktkonferenser mellan politiker, klinikchefer och administratörer i form av internat på 2-3 dagar har förekommit länge, möjligen ända sedan mitten av 1970-talet. Möjligheterna till social interaktion betydde en del för kontakterna och för att bygga upp personliga kontakter som kunde få verksamheten att fungera smidigare. Förutom strategi- och kontaktkonferenser nämns också ledningsseminarier, där företrädare för verksamheten finns med. Diskussionerna som förs där formar tänkandet kring prioriteringar i samma banor.⁹⁵ Ett ledarutvecklingsprogram startade i slutet av 1980-talet för att skola in klinikchefer och blivande sådana och i dessa program deltar också landstingsråd och andra politiker. Programmet är således ett sätt att via personliga möten och formell kunskap skola in blivande medicinska chefer i de synsätt och prioriteringar som dominerar landstinget i Östergötland. Därigenom är ledarutvecklingsprogrammet ett centralt instrument för "mjuk" styrning. "De består av omvärldsanalys, strategisk planering etc. Och i dessa har vi politiska ledare varit med – jag känner ju personligen alla klinikchefer och verksamhetsföreträdare", säger det ledande socialdemokratiska landstingsrådet.⁹⁶

Östergötland har alltså sedan långt tillbaka utarbetade kanaler för kontakter mellan olika grupper i landstinget. Tidigare var denna dialog begränsad till de ledande politikerna, men genom det medicinska programarbetet har det breddats till att också inkludera fritidspolitikerna.⁹⁷ Nätverk och kommunikationer är påfallande väl utbyggda, och en tidigare centrumchef minns att "vi träffades i så många sammanhang, och alla dessa sammanhang gav möjlighet att lobba och försöka påverka".⁹⁸ Varför uppkom dessa institutionaliserade kontakter så tidigt i Östergötland, när kontakterna mellan profession, politiker och administratörer är det som fortfarande saknas i många landsting? En förklaring som framhållits är att när Linköpings universitetssjukhus byggdes upp rekryterade landstinget läkare och annan personal från andra landsting, och vi "såg dem som individer som skulle känna sig

⁹⁴ Björn Grip, (v), Östergötland, 2002-10-16.

⁹⁵ Anders Senestad, (m), Östergötland, 2002-10-16.

⁹⁶ Paul Håkansson, (s), Östergötland, 2002-10-16.

⁹⁷ Gunilla Nyrén, tjänsteman, Östergötland, 2002-10-16.

⁹⁸ Urban Lönn, centrumchef, 2003-02-28.

välkomna hit”. Genom kontaktkonferenserna gavs också goda möjligheter att genom personlig kontakt tydliggöra ansvarsfördelningen och förmedla synsätt på landstingets verksamhet.⁹⁹ Det mönster som etablerades i slutet av 1970-talet har därefter institutionaliserats alltmer, och organisationen av det medicinska programarbetet kan ses som ett utflöde av ett likartat synsätt.

Även när det gäller de institutionaliserade kontakter finns det emellertid styrnings aspekter. Jag vill därför hävda att en viktig förklaring till den höga graden av institutionaliserad kontakt mellan sjukvårdens centrala grupper är just den decentraliseringsreform som genomfördes successivt under slutet av 1970-talet och 80-talet. En tät miljö av det slag som Östergötland utvecklats till förmedlar om den är framgångsrik effektivt värderingar, normer och synsätt till alla väsentliga aktörer i organisationen, som därigenom socialiserar varandra till en gemensam kultur, präglad av gemensamma attityder och värderingar där den centrala ledningen kan "lita på" att organisationen är följsam. Ledarutvecklingsprogrammet har definitivt haft den ambitionen. Den tidigare landstingsdirektören beskriver 1980-talet som då "vi plockade upp de yngre läkarna och gav dem chefsutbildning". Helst skulle de vara under 40, läkare som stod på tillväxt och skulle ta över var de intressantaste att forma ur organisationens synvinkel.¹⁰⁰ Också den tidigare landstingsdirektören betonar betydelsen av gemensamma värden och ett sammanhållande kitt. Samstämmigheten ska gälla frågor som hur verksamheten bör utvecklas, hur prioriteringar ska ske och hur bör man leda och styra.

“Allt inom sjukvården kan manipuleras; om en läkare vill lura mig så kan han det. *Därför är det så viktigt att vi har gemensamma värderingar.* Då kan man ta hjälp av – klinikchefer kan alltid dra dig vid näsan om han eller hon vill. Men du och jag (som läkare och politiker) är överens är mycket viktigt. Först då är vi – det skapar styrbarhet genom värderingar”.¹⁰¹

Genom en tät miljö, med många kanaler för kontakter men också för präglning, är möjligheten att på detta sätt medvetet bygga en kultur ur en organisation stora. Genom kulturen, de gemensamt internaliserade normerna, blir organisationen betydligt mer styrbar. I ett decentraliserat system skulle jag bedöma det som något av en nödvändighet för att garantera lojalitet.

I många av intervjuerna, både de gjorda i Uppsala och i Östergötland, återkommer beskrivningen att landstinget i Östergötland präglats av *långsiktighet, strategiskt*

⁹⁹ Paul Håkansson, (s), Östergötland, 2002-10-16.

¹⁰⁰ Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05.

¹⁰¹ Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland, 2003-02-05. Jag har kursiverat.

*tänkande och kontinuitet.*¹⁰² “Man har jobbat länge och varit uthålliga. Man har också renodlat modellen väldigt långt – i Uppsala säger man istället nämn vilken modell som helst och vi har inslag av allt” säger en tidigare landstingsdirektör i Uppsala.¹⁰³ Aktörernas betydelse för utformningen av den landstingsorganisation som idag existerar i Östergötland har alltså varit avsevärd. Men därutöver har organisationen präglats också av strukturella influenser. Att universitetsmiljön i Linköping, när den etablerades på 1960-talet, byggdes upp på ett otraditionellt sätt (där en tvärvetenskaplig profil successivt infördes), och att den medicinska fakulteten, organiserad i hälsouniversitetet, innebar ett nytt sätt att utbilda där vårdpersonal från olika nivåer möts har inneburit att landstingsorganisationen är omgiven av okonventionella institutioner. Universitetsmiljön är förhållandevis nyetablerad, och det finns inga starka traditioner att falla tillbaka på. Det kan också ha bidragit till att viljan och intresset för att "pröva nya vägar" betraktats som mer "lämpligt" och i linje med den identitet som landstinget och Östergötland som län har. "I det här landstinget prövar vi nya saker" är en vanligt återkommande självbild. Kanske skulle därför Östergötlands okonventionella prövande kunna betraktas som ett exempel på "lämplighetslogik" (March & Olsén, 1989).

3.3. Den institutionella nivån: Landstinget i Uppsala län

Landstinget i Uppsala län är en konservativ organisation, präglad av ett flerhundraårigt universitet med ett dominerande undervisningssjukhus med stark forskningsprofil - Akademiska sjukhuset. Universitetet och Akademiska sjukhuset har “alltid” funnits. Traditionerna från dessa institutioner vilar över landstinget, och bidrar till en försiktighet och en inställning att skynda långsamt. “Det är samförstånd, diskussion men inte så mycket handling. Man resonerar i år innan något händer”, säger hälso- och sjukvårdsdirektören.¹⁰⁴ Egenskapen konventionell nämns när det gäller Uppsalalandstinget, och att ledningen för sjukvården är mycket traditionell.¹⁰⁵ Medan Universitetssjukhuset i Linköping alltid funnits i landstingets ägo, vilket säkerligen är betydelsefullt, var Akademiska sjukhuset fram till 1979 ett statligt ägt sjukhus. Då övergick det till Uppsala läns landsting, men den forna identiteten av statligt sjukhus vilar fortfarande över sjukhuset. På Akademiska sjukhuset ser man sig inte själv som landstinget utan säger ”Vi ska prata med landstinget”.¹⁰⁶

¹⁰² Mats O Karlsson, (s), Uppsala, 2002-10-02, Mats Sjöborg, (fp), Uppsala 2002-10-04,

¹⁰³ Thomas Keisu, tidigare landstingsdirektör, Uppsala, 2003-03-05.

¹⁰⁴ Ingvar Sjögren, 2002-11-07.

¹⁰⁵ Erik Hemmingsson, 2002-12-10.

¹⁰⁶ Tomas Keisu, tidigare landstingsdirektör; Uppsala, 2003-03-05. ,

Bilden av att landstinget aldrig riktigt ”rätt på Akademiska”, och att ”Akademiska sjukhuset styr sig själv” dominerar starkt. Konservatismen i Uppsalalandsstinget hör för flera samman med att kopplingen till universitetet, som betraktas som en konservativ och traditionell institution, är så stark. Inom universiteten har en kollegial form av beslutsfattande varit dominerande, och att acceptera en ”linjeorganisation” av landstingets typ bland de läkare som är professorer och docenter kan vara svårt. Uppsala landsting är därför en ”gammal” organisation, med en obenägenhet för nymodigheter och nya djärva grepp. Att införa en ny ledningsstruktur i Uppsala skulle vara ett ”mycket stort steg”, menar den centrumchef som har erfarenhet både av Akademiska sjukhuset och av Universitetssjukhuset i Linköping.” Här är det en mer konservativ miljö, och det är hundra års traditioner som sätter sin prägel. Där (i Linköping) var det mindre”.¹⁰⁷ Bland vissa personer inom landstinget i Uppsala har emellertid Östergötland framstått som en förebild, och element i det östgötska sättet att organisera har successivt inkorporerats. ”Våra politiker är jätteförtjusta i Östergötlandsmodellen.”¹⁰⁸

Uppsala läns landsting var fram till årsskiftet 2002/2003 en organisation med flera politiska beslutsinstanser, där landstinget centralt och Akademiska sjukhuset båda utgjorde självständiga nivåer. Centralt fanns en politisk sammansatt landstingsstyrelse, men därutöver fanns också en politiskt tillsatt sjukhusstyrelse för Akademiska sjukhuset. På motsvarande sätt hade landstinget i Uppsala också en parallell administrativ organisation. Det centrala landstingskansliet under ledning av landstingsdirektören var kopplad till landstingsstyrelsen, medan den administrativa sjukhusledningen under sjukhusdirektören var underställd både sjukhusstyrelsen och landstingsstyrelsen. Dessa dubblerade politiska och administrativa nivåer har bidragit till att beslutsvägarna ibland varit svåröverskådliga, och lojaliteterna oklara. Samarbetet mellan de administrativa nivåerna – framförallt det mellan landstingsdirektör och sjukhusdirektör – fungerade under en viss period omvittnat bra.¹⁰⁹ Men relationen mellan de politiska styrelserna förblev mer oklar, och det kunde inträffa att en politiker som satt både centralt och i sjukhusets styrelse intog olika positioner. Från 2003 har den politiskt tillsatta sjukhusstyrelsen avskaffats. Däremot finns den administrativa sjukhusledningen med sjukhusdirektören i spetsen kvar. Vissa förändringar av den tidigare relativt splittrade beställarorganisationen gjordes också 2003, i avsikt att uppnå tydlighet och en sammanhållen organisation.¹¹⁰

¹⁰⁷ Urban Lönn, 2003-02-28.

¹⁰⁸ Ingvar Sjögren, hälso- och sjukvårdsdirektör Uppsala, 2002-11-07.

¹⁰⁹ Curt Rönnblom, tidigare landstingsdirektör, Uppsala, 2003-02-26, Gudmar Lundqvist, tidigare sjukhusdirektör, 2003-01-16.

¹¹⁰ *Förslag till ny förtroendemannaorganisation för valperioden 2003-2006, Demokratikommitténs slutrapport*, Landstinget i Uppsala län. I rapporten heter det att: "Den analys som demokratikommittén gjort, grundad på erfarenheter från vårt eget landsting, studier av andra landstings organisation och styrssystem med bl.a studiebesök i Östergötlands och

Problem som pekas ut för Uppsalas landstingsorganisation är bland annat "otydlig styrning av produktionen orsakad av oklar ansvarsfördelning mellan många politiska organ", svag ställning för beställarnämnderna, splittrad politisk organisation som "försvårar överblick och helhetstänkande", svårigheter med ett processinriktat arbetssätt och slutligen en oenighet politiskt om "modellen" (syftar på beställarutförarorganisationen).¹¹¹ I jämförelse med Östergötland är det lätt att konstatera att Uppsala läns landsting identifierar problem i flera av de avseenden där Östgötalandstinget tidigt vidtog förändringar.

Akademiska sjukhuset, ett av landets verkliga elitsjukhus med en stor mängd högspecialiserad vård, är i likhet med Universitetssjukhuset i Linköping idag organiserat i ett antal centrumbildningar, och därunder sorterar ett antal kliniker under ledning av klinikchefer. Centrumbildningarna leds numera vanligen av en läkare som *inte* är professor (men undantag finns), och här har Uppsala medvetet anammat samma linje som i Östergötland, det vill säga att professionalisera den medicinska chefsrollen. Centrumcheferna sitter alla i sjukhusledningen. Karakteristiskt för Uppsala läns landsting är fortfarande den centrala roll som sjukhuset spelar som "mellanled" i beslutshierarkin. Den politiska styrelsen har visserligen försvunnit, men sjukhusledningen finns kvar och sjukhusdirektörens position är fortfarande mycket stark.

I Uppsala, till skillnad från på vissa andra håll, finns det en etablerad praxis att sjukhusdirektören är läkare. "En ovanlig och lång tradition av att ha läkare som sjukhusdirektörer. Från 1970 och framåt är det endast kortare perioder där sjukhusdirektören inte varit läkare".¹¹² Den nuvarande sjukhusdirektören, som tillträdde 2002, har en lång läkarpraktik bakom sig, men övergick för ca 10 år sedan till administration. Den tidigare sjukhusdirektören Gudmar Lundqvist var chefsläkare på Akademiska innan han tillträdde som sjukhusdirektör. Posten som sjukhusdirektör är emellertid ytterst en administrativ position, inte en medicinsk. Att som i Uppsala understryka vikten av att ha en läkare på den posten, markerar som jag tolkar det den position som den medicinska professionen har i landstingsorganisationen i Uppsala. För att spetsa till det, så "ägs" fortfarande Akademiska i första hand av professionen, läkarna, och i andra hand av landstinget. I motsats till i Östergötland, där universitetssjukhusets centrumchefer var och en sorterar under den centrala landstingsledningen, är det sjukhusdirektören som har direktkontakterna med landstingsdirektör och politisk ledning i Uppsala, och centrumcheferna förväntas

Jönköpings läns landsting, talar entydigt för att landstingets politiska organisation inom hälso-och sjukvården behöver förändras inför kommande valperiod" (14).

¹¹¹ *Förslag till ny förtroendemannaorganisation för valperioden 2003-2006*, 14.

¹¹² Gudmar Lundqvist, tidigare sjukhusdirektör, Akademiska sjukhuset, Uppsala, 2003-01-16.

därför gå via denne när krav ska förmedlas uppåt i hierarkin. För att beslutsgången ska fungera krävs att alla underställda chefer uppträder lojalt, och inte agerar på egen hand vilket ofta kan ligga nära till hands då den egna specialiteten hotas av nedskärningar. Från vissa håll framhålls att det finns en ”tradition” i Uppsala att ”runda” sjukhusdirektören och alliera sig med antingen politiker eller press för att uppnå egna fördelar.¹¹³ En helhetssyn saknas, var och slåss för sina egna patienter heter det.

Symptomatiskt för den relativt svaga ställning som de centrala chefstjänstemännen haft i Uppsala, är att dessa sällan omnämns som allianspartners i sådana påtrycknings- och opinionsbildningsprocesser. Till skillnad från Östergötland har inte chefstjänstemännen, framförallt då landstingsdirektörerna, haft en framträdande roll. ”En fragmentiserad politisk organisation och en väldigt omfattande politisk styrning”, säger en före detta landstingsdirektör.¹¹⁴ Tjänstemännen har heller inte drivit organisatoriska eller strategiska frågor. Under senare år har omsättningen av centralt placerade chefstjänstemän utgjort ett problem för landstingsledningen, som via konsultföretag rekryterat personer utifrån som ibland blivit kortlivade på sina poster.¹¹⁵ Curt Rönnblom, den landstingsdirektör som innehaft sin post längst (13 år), beskriver sitt uppdrag i påfallande annorlunda termer än landstingsdirektörerna i Östergötland. Medan de senare starkt betonar sin egen position och institutionella frågor som långsiktigt berör styrning av sjukhus och primärvård, är Rönnblom mer reflekterande kring rollen som tjänsteman i en politiskt styrd organisation med allt vad det innebär. Den potentiella makt som tjänstemännen sitter på måste hanteras menar han:

*”De med näringslivsbakgrund var ju vana vid att de skulle ha den starka position som de haft som näringslivsdirektör: de kom ofta att driva som ett bolag. Och när landstinget här sökte mig så hade jag ju erfarenhet av politisk styrning och jag ser det som viktigt att man också som tjänsteman söker styrning”.*¹¹⁶

Flera av tjänstemännen i Uppsala diskuterar frågor som har samband med rollfördelningen mellan politiker och tjänstemän i organisationen. Vilka beslut ska vara tjänstemannabeslut, vilka hamnar hos landstingsledningens politiska del? Medan några uttrycker tillfredsställelse med att själva under sin chefstid ha etablerat tydliga gränser för sin egen roll och övrigas, är andra mer missnöjda. Sammanfattningsvis kanaliseras tjänstemännens energi i Uppsala mer mot att mejsla ut den inre organisationen och maktfördelningen, medan i Östergötland riktades intresset –

¹¹³ Per Olof Osterman, centrumchef, Akademiska sjukhuset, Uppsala, 2002-12-10, Erik Hemmingsson, sjukhusdirektör, Akademiska sjukhuset, Uppsala, 2002-12-10.

¹¹⁴ Tomas Keisu, tidigare landstingsdirektör, Uppsala, 2003-03-05.

¹¹⁵ *Uppsala Nya Tidning*, ”Dyrt att förlora en chef. Högt pris för nyrekrytering”, 2002-10-07.

¹¹⁶ Curt Rönnblom, tidigare landstingsdirektör, Uppsala, 2003-02-26.

åtminstone som det beskrivs i intervjuerna – i högre utsträckning utåt, mot att behärska organisationen som helhet.

Uppsala har i likhet med Östergötland övergått till en beställar-utförarorganisation, som i jämförelse fungerar relativt haltande. Det förekommer fortfarande inslag av anslagssystem, och någon riktig effektivitet förefaller inte ha upparbetats. Som tidigare framgick finns heller ingen riktigt stabil politisk enighet kring organisationen. ”Beställarna säger att ni ska göra detta, medan sjukhuset säger att vi har gjort allt vi kan. Beställar-utförarmodellen är en dialogmodell, men den har lett till mer av makt” konstaterar hälso- och sjukvårdsdirektören.¹¹⁷ Lojalitet mot fattade budgetbeslut är svag på universitetssjukhuset Akademiska. Centrumbildningarna på sjukhuset är inte på samma sätt som de på Linköpings Universitetssjukhus fristående. Det finns en samlade kraft som företräder sjukhuset, och det ger Akademiska sjukhuset som institution en starkare position i systemet. Från politiskt håll andas de folkvalda en stundtals stark frustration över relationen till Akademiska, eftersom man inte uppfattar sig ha ordentlig kontroll. Flera pekar på tänkbara lösningar i form av chefer med ledaregenskaper, eller ett tydligare resultatansvar så att de som har befogenheter drar ned på utgifterna, men övertygelsen om att dessa idéer ska gå att omsätta i handling är samtidigt begränsad. Det finns en resignation hos den politiska ledningen när det gäller möjligheten till styrning. Universitetssjukhuset Akademiska, som upptar närmare 80 procent av landstingets budget, framställs i det närmaste som ostyrbart.

3.3.1 Kunskap och kontakt

Den decentralisering av besluts- och ekonomiskt ansvar till kliniker och centrumbildningar som Östergötland systematiskt genomförde har ingen motsvarighet i Uppsala, även om ambitionen är att få till stånd en decentralisering av budgetansvar också på Akademiska sjukhuset. När det gäller det andra ”benet” för att bygga upp en fungerande beställar-utförarorganisation, institution aliserad kunskapsuppbyggnad, har Uppsala emellertid under senare år tagit initiativ till ett medicinskt programarbete liknande Östgötamodellens. Programarbetet påbörjades 2000, med ett program om barns och ungdomars psykiska ohälsa och har följts av flera. Denna metod för att sammanställa kunskap har fallit väl ut också i Uppsala.¹¹⁸ Beslutet att starta med medicinska program fattades emellertid mot den borgerliga oppositionens vilja. Idag uttrycker dock flera av de borgerliga i landstingsledningen stor tillfredsställelse med hur programarbetet utfallit: ”Jag har accepterat det här att om vi ska styra sjukvården är det bra att detta finns. Den kunskap vi tillägnar oss är patientens behov. Under de

¹¹⁷ Ingvar Sjögren, hälso- och sjukvårdsdirektör, Uppsala, 2002-11-07.

¹¹⁸ Intervjuer Ingvar Sjögren, Hälso- och sjukvårdsdirektör, Uppsala, 2002-11-07, Robin Dahl, (v), Uppsala, 2002-11-07. ”Ett oerhört positivt arbete av flera skäl” både därför att politikerna blir mer kunniga och för att processen i sig innebär att man kommer i kontakt med många olika aktörer, inklusive anhöriga och patientgrupper.

ett och ett halvt år jag suttit i gruppen har jag lärt mig mer om psykiatri än under de tolv år som jag varit aktiv tidigare”, säger en företrädare för den borgerliga oppositionen i landstingledningen.¹¹⁹ Den folkpartistiske representanten i landstingsledningen är om möjligt ännu mer entusiastisk:

”Östergötlands programarbete har tagit en herrans massa tid, jag tyckte det var ’mycket skrik för litet ull’. När vi fattade beslut så sades det att det inte skulle hjälpa oss. Efter beslutet så kom det första programmet och jag hamnade där och det var företrädare för alla partier och en tjej som var tjänsteman och psykiatrikern Claes Sundelin. Och jag tycker det blev jättebra”.¹²⁰

Ett kunskapsunderlag som äger hög grad av legitimitet både till innehållet och i sättet på vilket det tillkommit är sannolikt nödvändigt för att kunna skapa politiska förutsättningar för prioriteringar. I Uppsala har införandet av ett programarbete enligt modell från Östergötland inneburit att landstinget rör sig i riktning mot den nödvändiga kunskapsuppbyggnaden. Precis som i Östergötland uttrycks emellertid skepsis beträffande möjligheten att omsätta programmen i faktiska prioriteringar. Kunskaper är behövliga och processen är av godo, men att gå därifrån till att fatta beslut om att begränsa vårdutbudet på ett tydligt sätt är ett mycket stort steg.

Östergötlands landstingsorganisation kännetecknades av en mångfald av institutionaliserade kontakter mellan de centrala kategorierna i landstingsorganisationen - politiker, administratörer och profession -, något som jag hävdade är av betydelse för att forma landstingskulturen i riktning mot förtroendefulla relationer. I Uppsala har kontaktytorna mellan profession, politiker och chefstjänstemän däremot varit få. ”Inga arenor att träffas på. Ingen naturlig plats. När jag träffar enstaka läkare så säger de att det behövs prat vilket tyder på vikten av detta”, ”det finns ganska få (arenor)”, ”många pekar på att det är nödvändigt att få till stånd en dialog”.¹²¹ I flera av intervjuerna betonas att det vore önskvärt med fler mötesplatser, men att detta samtidigt är svårt att genomföra.

Dialog framställs som det eftersträvarsvärda styrningssättet också i Uppsala och inte minst hos det ledande landstingsrådet, så det är inte en brist på intresse för institutionaliserade kontakter som gör att de är så förhållandevis få. Nya former för kontakt mellan politiker och profession har dock etablerats. Under senare år har till exempel en företrädare för professionen deltagit i den centrala budgetberedningen för

¹¹⁹ Arne Sandemo, (m), Uppsala, 2002-10-03.

¹²⁰ Mats Sjöborg (fp), Uppsala, 2002-10-04.

¹²¹ Mats Sjöborg, (fp), Uppsala, 2002-10-04, Arne Sandemo, (m), Uppsala, 2002-10-03, Lars Eriksson, ekonomidirektör, Uppsala, 2002-12-06.

att därigenom få in synpunkter från medicinskt håll i ett tidigt skede i processen.¹²² Landstingsmajoriteten presenterar gemensamt numera landstingsplanen på Akademiska inför en stor grupp inbjudna läkare, klinikchefer och centrumchefer. Även om det givetvis är en form av kontakt, så är det framförallt en presentation från politiskt håll, och ”ganska envägs tyvärr”.¹²³

Den politiska landstingsledningen har ibland inbjudit till diskussion med professionen när det gäller särskilda sakfrågor; gråstarrsköerna var en sådan, provrörsbefruktning (IVF) en annan. Men till skillnad från i Östergötland är inte kontaktytorna institutionaliserade och regelbundna, utan skapas ofta i situationer av konflikt, för att lösa ett uppblussande problem. Däremot förekommer avgränsade kontakter som fungerar väl. Nuvarande sjukhusdirektören beskriver sina relationer till de två ledande politikerna som väldigt bra, och tidigare fungerade de administrativa kontaktytorna mellan sjukhus och landstingsledning smidigt, byggda som de var på ett nära samarbete.¹²⁴ Uppsala läns landsting präglas emellertid institutionellt av en avsaknad av personlig interaktion över revirgränserna.

¹²² Iris Denstedt-Stigzelius, (kd), 2002-11-08. Denstedt-Stigzelius, som själv är läkare, menar att hon tog initiativ till att en sådan institution etablerades. Jfr dock intervju Mats O Karlsson, (s), 2002-10-03, som istället anser att han själv är upphovsmannen till den idén.

¹²³ Mats O Karlsson, (s), Uppsala, 2002-10-03, Robin Dahl, (v), Uppsala, 2002-11-07.

¹²⁴ Intervju Curt Rönnblom, fd landstingsdirektör, Uppsala, 2003-02-26.

4. SLUTSATSER

I Landstinget i Östergötland har nyligen (oktober 2003) politikerna fattat beslut om att prioritera och utesluta vård. Vare sig i Uppsala läns landsting eller i något annat av de övriga landstingen har den politiska ledningen fattat öppna och systematiska beslut om horisontella prioriteringar. Inledningsvis framkom, att horisontella prioriteringar i situationer av ekonomisk knapphet efterfrågas av både medicinskt verksamma och sjukvårdsadministratörer och till en stor del också av politiker själva. Uteblivna politiska prioriteringar kan därför på längre sikt bidra till en legitimitetskris i sjukvårdssystemet, men är något som inte enbart kan föras tillbaka på bristande vilja hos de politiska aktörerna. Här har jag försökt ringa in de institutionella förutsättningar som begränsar men också skapar politikernas handlingsutrymme. När det gäller riskpolitik av det slag som uteslutning eller ransonering av sjukvård utgör ligger nyckeln främst i graden av inomorganisatoriskt förtroende, något som i hög grad har visats skilja de båda undersökta landstingen åt. Till skillnad från Landstinget i Uppsala län har Landstinget i Östergötland en kultur, där relationerna mellan i synnerhet politiker och profession präglas av en hög grad av förtroende.

Dessa goda relationer har växt fram som en följd av att Landstinget i Östergötlands institutionella struktur genomgått en medveten förändring under de senaste tjugofem åren, mot en decentraliserad och samtidigt centraliserad organisation. En långtgående decentralisering av beslutsansvar till ett antal centrumbildningar har skett inom ramen för universitetssjukhuset, och det professionellt orienterade mellanled i form av en sjukhusdirektör och ledning som bidrar till att sjukhuset kan upplevas som en egen enhet med egna regler har tagits bort. Den centrala administrationens ställning är mycket stark i systemet, vilket innebär att en centralisering av beslutsfattande ackompanjerat decentraliseringen. Centrumcheferna lyder direkt under landstingsdirektören. Ett decentraliserat system fungerar allra bäst om gemensamma synsätt och värderingar genomsyrar organisationen – då krävs mer sällan direkt styrning från centralt håll. Landstinget i Östergötland har därför byggt upp breda kontaktytor och institutionaliserade möten mellan politiker, profession och administration. Socialisationen av nya chefer genom ett ledarutvecklingsprogram är en central länk i denna modell, som därefter underhålls genom rege lbundenheten i kontakterna. Den bärande normen i systemet är lojalitet. Den kunskapsuppbyggnad som beställar-utförarorganisationen ställer krav på är sedan 1995 institutionaliserad genom ett programarbete som i sitt arbetssätt bygger vidare på och fördjupar de kontaktytor som funnits tidigare.

Jag har visat hur den decentraliserade organisationen har krävt en ökning av mjuka styrmedel som personlig kommunikation, diskussion och socialisation genom

mötesplatser. Institutionaliserade kontaktytor för kommunikation mellan nyckelgrupperna har fungerat som ett kontinuerligt verkande "klistor" i systemet, genom att gemensamt bärande idéer och värderingar ständigt mejslats fram i kontakterna. De personliga kontakterna på olika nivåer, som är en nödvändig förutsättning för att garantera lojalitet i ett decentraliserat system, har i sin tur, delvis som en oavsiktlig konsekvens av en systematiskt genomförd reform, genererat en kultur av inomorganisatoriskt förtroende. De politiska riskerna med att fatta svåra beslut minskar därigenom, eftersom kännedom och kunskap om de övriga aktörernas synsätt och handlingsmönster ökar. Kommunikationen förstärker helt enkelt förutsebarheten, genom att individerna vet vad de kan förvänta sig. Östergötlands institutionella struktur har format en landstingskultur som i sin tur skapar större potentiella förutsättningar för ett politiskt ansvar för prioriteringar, vilket nu också visats i handling.

I Landstinget i Uppsala län utgör Akademiska sjukhuset fortfarande en egen sfär i systemet. Existensen av en separat ledning med en sjukhusdirektör i spetsen med en bakgrund i den medicinska professionen förstärker starkt detta förhållande. Sjukhuset är utåt sett *en* enhet, även om det inåt sett kan vara svårt att uppamma en helhetssyn. Beställningarna från politiskt håll kanaliseras via ledningen på sjukhuset, och därmed blir det svåröverskådligt för landstingsledningen hur och var underskott uppkommer. Från politiskt håll önskar man mer styrbarhet i form av ökad decentralisering. Men medlen för att åstadkomma detta saknas. Avsaknaden av decentralisering minskar behovet av kontakter över gränserna. Kontaktytorna i Landstinget i Uppsala län är därför påfallande få i jämförelse med Landstinget i Östergötland, och snarare än att tvingas in i närkontakt med varandra så finns en inställning av "leva och låta leva". Samtidigt är önskan från politiskt håll mer dialog och mer utbyte. Den kunskapsuppbyggnad som inleddes med det medicinska programarbetet har bidragit till mer kontaktytor och till en högre grad av kunskapsberedskap, men skillnaden mellan de båda landstingen är fortfarande påfallande stor. Den kultur som utvecklats i Landstinget i Uppsala län präglas inte heller av förtroende utan snarare av distans, ibland misstro och från politikernas sida vanmakt.

Institutionella arrangemang fördelar makt mellan aktörer, något som jag berörde tidigare. I fallet Landstinget i Östergötland är den centralt placerade förvaltningen med landstingsdirektören i spetsen, den aktör av de tre grupperna som är mäktigast i systemet. Makten har man erövrat som en följd av en strategiskt genomförd omorganisation, där framförallt professionen varit "förlorarna" (Immergut, 1992, 85). Den modell som genomförts i Landstinget i Östergötland kan liknas vid en kaderförvaltning, där inte de politiska men väl de administrativa målen om en ekonomi i balans blivit utslagsgivande.

I Landstinget i Uppsala län är den medicinska professionen fortfarande den mäktigaste aktören av de tre grupperna politiker, administratörer och profession. Vare sig centralförvaltningen eller den politiska ledningen har en stark ställning. Om något uttrycker landstingsledningen snarast en slags rädsla för professionens styrka, som man inte råår på. Landstinget i Uppsala län är fortfarande en till största delen professionellt styrd organisation, där Akademiska sjukhuset präglas av en hög grad av självförvaltning och autonomi är uttalad. Medan Landstinget i Östergötland kommit att styras enligt principer som närmast påminner om kaderförvaltningens (Rothstein, 1986) är Landstinget i Uppsala län fortfarande – trots en mer marknadsliknande överbyggnad – i grunden en professionellt styrd organisation.

I båda landstingen ser jag den politiska ledningen som maktmässigt sekundär. Det är byråkratin respektive professionen som är de starka krafterna. I Landstinget i Östergötland är visserligen politiker och centralt placerade tjänstemännen påfallande samspelta men initiativen till de organisationsförändringar som genomförts har kommit från toptjänstemännen inom landstinget. Politikernas styrka vilar snarare på att de företräds av en väl sammansvetsad tjänstemannagrupp som är visionär och innovativ. Slutsatsen är intressant ur ett demokratiskt perspektiv, och kan betraktas i ljuset av att landstingen först etablerades som professionella system och först därefter utrustats med en demokratiskt förankrad överbyggnad. Liksom Akademiska sjukhusets identitet som ett tidigare statligt sjukhus präglar sjukhusets självbild, sätter tidigare förhållanden av annat slag fortfarande sin prägel på identiteten och sättet att tänka. De förhållanden som rådde när en institution upprättades tenderar att påverka "sättet att göra saker på" även sedan de ursprungliga förhållandena förändrats, i enlighet med teorin om "path dependency" (Putnam, 1993).

Att den politiska styrningen är mer villkorlig i landstingen än i primärkommunerna är en slutsats som också Montin och Olsson drar (Montin och Olsson, 1994, 7). Betraktar man, som jag här har gjort, landstingsorganisationen framförallt utifrån dess förmåga att skapa förutsättningar för en politisk handlingsberedskap att bedriva riskpolitik, så är Landstinget i Östergötlands institutionella struktur och den kultur den genererat klart att föredra. Inomorganisatoriskt förtroende som genererats genom institutionaliserade kontakter och intensiv socialisation är framträdande (Calltorp, 1989, 154). Inom sjukvården finns emellertid ytterligare ett uppdrag vid sidan av det direkt vårdande, nämligen att bedriva forskning och utveckling i avsikt att föra kunskapen framåt. Här kan en av "Östgötamodellens" potentiellt stora nackdelar ligga. Den centralstyrning med sjukvårdsadministratörer – vanligen ekonomer – i toppen på hierarkin, nödvändigheten av konsensus och svårigheten att i ett decentraliserat system våga satsa på forskningsverksamhet skapar inte ett klimat som vanligen driver forskningen framåt. Det är en fråga som pockar på vidare forskning.

Kan Landstinget i Östergötlands modell överföras till andra landsting? Min analys har visat att den organisation och den kultur som uppstått i detta landsting är frukten av ett långsiktigt och strategiskt handlande av framförallt ett litet antal topptjänstemän med klara "visioner" av en styrbar organisation. Deras roll i processen ska inte underskattas och utgör delvis en unik förutsättning. Samtidigt är den centrala nyckeln i systemet den höga graden av personlig kommunikation som genererar inomorganisatoriskt förtroende, förväntningar och förutsebarhet. För att åstadkomma detta fordras inte nödvändigtvis den institutionella struktur som i fallet Landstinget i Östergötland visat sig avgörande, nämligen decentralisering. Finns tillräckligt många institutionaliserade former för möten över gruppgränserna kan en process av förtroendeskapande ändå sättas igång.

Problemet är att det många gånger saknas incitament för både ledning och enskilda att finna det meningsfullt att delta i de "dialoger" som ibland arrangeras, just för att de inte fyller något vidare syfte än att tala med varandra. Däremot är det i ett starkt decentraliserat system högst rationellt för ledningen att ägna mycket tid och kraft åt att bygga arenor för kommunikation, helt enkelt därför att ledningen själv annars riskerar att misslyckas på längre sikt. På samma sätt blir det rationellt för professionella företrädare i en sådan organisation att begripa vad ledningen vill för att överleva i systemet. Institutionella arrangemang inom det svenska sjukvårdssystemet som i sig själva bygger på 'möten' för att fungera bra kan emellertid vara en lösning. Därför är det medicinska programarbetet en lovande innovation, eftersom det "tvingar" in individer från de olika nyckelgrupperna i kommunikation med varandra kring centrala frågor. För att skapa institutionella förutsättningar för politiker att kunna handla långsiktigt och delvis inopportunt krävs en genomtänkt organisation och inte enbart modiga individer. Som studien har visat har landstinget i Östergötland byggt just detta.

REFERENSER

Aberbach, J D. Putnam, R D, Rockman, B A. 1981. Bureaucrats and Politicians in Western Democracies, Cambridge: Massachusetts: Harvard University Press

Anell, A, Rosén P. 1996. Valfrihet och jämlikhet i vården, Stockholm: SNS förlag

Anell, A, Rosén, P Hjortsberg, C. 2002. "Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents" i Per Rosén, Attitudes to prioritisation in health services, Nordic School of Public Health, (diss)

Axberg, M. 1997. Rättvisa och demokrati. Om prioriteringar i sjukvården, Uppsala Universitet: Statsvetenskapliga föreningens skriftserie, 125 (diss)

Bennich-Björkman, L. 1997. Organising Innovative Research. The Inner Life of University Departments, Oxford: Elsevier Science

Blomgren M. 1999. Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning, Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet (diss)

Blomgren, M m fl. 1999. Att leda landsting. Styrning, samordning och ansvar i nätverk, Rapport från en förstudie på uppdrag av Landstingsförbundet, Stockholm: Landstingsförbundet

Blomqvist, P. 2002. Ideas and Policy Convergence: Health Care Reforms in the Netherlands and Sweden in the 1990s, New York: Columbia University. (diss)

Blomqvist, P, Rothstein, B. 2000. Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsmodeller i den offentliga sektorn, Stockholm: Agora förlag

Blomqvist, P. 1996. "Valfrihet, konkurrens och offentlig välfärdspolitik: går ekvationen ihop? i Anell & Rosén (red), Valfrihet och jämlikhet i vården, Stockholm: SNS förlag

Calltorp, J (red). 1991. Ekonomi och administration i ett kliniskt perspektiv, Lund: Studentlitteratur

Calltorp, J. 1989. Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor. Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik, Uppsala Universitet: Institutionen för socialmedicin, (diss)

Castles, F. 2000. Förnyelse i offentlig politik – en internationell jämförelse, Stockholm SNS förlag

Coleman, J C. 1990. Foundations of Social Theory, New York: Belknap Press

Crenson, M A. 1971. The Un-politics of Air Pollution. A Study of Non-Decisionmaking in the Cities, Baltimore: The Johns Hopkins Press

”Dyrt att förlora en chef. Högt pris för nyrekrytering”, Upsala Nya Tidning, 2002-10-07

Ekonominytt, 14/2001, Stockholm: Landstingsförbundet

Förslag till ny förtroendemannaorganisation för valperioden 2003-2006
Demokratikommitténs slutrapport, Landstinget i Uppsala län.

Gaventa, J. 1980. Power and Powerlessness. Quiescence and Rebellion in an Appalachian Valley, Urbana and Chicago:University of Illionois Press

Gustafsson, A. 1996/1999. Kommunal självstyrelse, Stockholm:SNS förlag, (sjunde uppl.)

Gustafsson, A. 1992. Kommun och landsting idag. Lund:Gleerups

Hammarström, G. 2003. Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar i sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen, Linköping: Prioriteringscentrum

Hermansson Barrling, K. 2004. Såsom i en spegel. Partikulturer i den svenska riksdagen, Uppsala Universitet: Statsvetenskapliga institutionen, (diss), kommande

Hultin, H. 1991. ”Är ekonomiska hänsynstaganden i sjukvården etiskt acceptabla?”, Calltorp J (red), Ekonomi och administration i ett kliniskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur

Immergut, E. 1992. "The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden", i Kathleen Thelen, Sven Steinmo, & Frank Longstreth, (eds), Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis, Cambridge, Mass: Cambridge University Press, 85.

I timglasets midja - personliga intervjuer med nio landstingsdirektörer, 2003, Stockholm: Landstingsförbundet

Kumlin, S. 2002. "Institutions - Experiences - Preferences: How Welfare State Design Affects Political Trust and Ideology", Rothstein, B, Steinmo, S (eds), Restructuring the Welfare State. Political Institutions and Policy Change, New York: Palgrave

Landstingens ekonomi 2002, Stockholm: Landstingsförbundet

Lindblad, H. 2002. Ämbetsmannaväldet, Stockholm: Ekerlids förlag

Lundquist, L. 1993. Ämbetsman eller direktör. Förvaltningschefens roll i demokratin, Stockholm: Norstedts juridik

Mahoney, J, Rueschemayer, D. "Comparative Historical Analysis: Achievements and Agendas", i James Mahoney and Dietrich Rueschemayer, (eds), 2003, Comparative Historical Analysis in the Social Sciences, Cambridge; Mass, Cambridge University Press

March, James G, Olsen J P. 1989. Rediscovering Institutions, New York: The Free Press

Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning, 1999:21, Landstinget i Östergötland

Montin, S, Olsson, J. 1994. Demokrati och legitimitet i landstingen. Slutrapport från projektet Politikerrollen i landstingen, Örebro: Novemus

Petersson, B, Robertson, A (red). 2002. Identitetsstudier i praktiken, Stockholm:Liber

Petersson, B. 2002. "Intervjubaserade studier av kollektiva identiteter", i Petterson, Bo & Robertson Alexa, (red), Identitetsstudier i praktiken, Stockholm: Liber

- Petersson, O, Westholm, A, Blomberg, G. 1989. Medborgarnas makt, Stockholm: Carlssons. Petersson, Olof m.fl, 1998, Demokrati och medborgarskap, Demokratirådets rapport, Stockholm: SNS förlag
- Pierre, J B, Peters, G. 2000. Governance, Politics and the State, London: Macmillan
- Pierre, J B, Rothstein, B. 2003. "Välfärdsstat i otakt. Om politikens oväntade, oavsiktliga och oönskade effekter" i Jon Pierre, Bo Rothstein, (red), Välfärdsstat i otakt. Om politikens oväntade, oavsiktliga och oönskade effekter, Stockholm: Liber, 16-17
- Pierson, P. 1994. Dismantling the welfare State. Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment, Cambridge: Cambridge University Press, 29-54
- Pierson, P. 2003. "Big, Slow-Moving and Invisible: Macrosocial Processes in the Study of Comparative Politics", i James Mahoney, Dietrich Rueschemeyer, (eds) Comparative Historical Analysis in the Social Sciences, Cambridge, Mass; Cambridge University Press
- Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning, 1999, Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1999:16
- Putnam, R D. 1993. Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy, Princeton: Princeton University Press
- Putnam, R D. 2000. Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community, New York: Simon and Schuster
- Rolf, B. 1991. Profession, tradition och tyst kunskap, Lund: Bokförlaget Nya Doxa
- Rosén, P, Karlberg, I. 2002. "Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators, and doctors on rationing and health care financing", Per Rosén, Attitudes to prioritisation in health services, Nordic School of Public Health, (diss)
- Rosén, P. 2002. Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators, Göteborg: Nordic School of Public Health
- Rothstein, B. 1986. Den socialdemokratiska staten. Reformer och förvaltning inom svensk arbetsmarknads- och skolpolitik, Lund: Arkiv avhandlingsserie

Rothstein, B. 1992. "Labor markets and working-class strength", Kathleen Thelen

Steinmo, S, Longstreth F(eds), Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis, Cambridge: Cambridge University Press

Rothstein, B. 2002. "Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet" i Bo Rothstein, (red), Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem, Stockholm: SNS förlag (tredje uppl)

Rothstein, B (red). 2002. Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem, Stockholm: SNS förlag

Rothstein, B, Steinmo, S. 2002. "Restructuring Politics: Institutional Analysis and the Challenges of the Modern Welfare States", Bo Rothstein, Sven Steinmo (eds), Restructuring the Welfare State. Political Institutions and Policy Change, New York: Palgrave

Rothstein, B. 2003. Sociala fällor och tillitens problem, Stockholm: SNS förlag

Statistisk årsbok för landstingen, 2002, Stockholm: Landstingsförbundet

Svensson, T, Öberg, P. 2002. "Exploring Networks of Power, Trust and Deliberation in Swedish Industrial Relations", Paper presented at the XIIIth Nordic Political Science Conference, NOPSA, Aalborg, August 15-17

Thelen, K, Steinmo, S. 1992. "Historical institutionalism in comparative politics", Sven Steinmo, Kathleen Thelen & Frank Longstreth (eds), Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Politics, Cambridge: Cambridge University Press

Winblad Spångberg, U. 2003. Från beslut till verklighet- läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso-och sjukvården, Uppsala Universitet: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap (diss)

Intervjuer

Gunnar Asserhed, landstingsstyrelsen, (fp), Östergötland

Lars Baldetorp, centrumchef Onkologcentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

Robin Dahl, landstingsstyrelsen (v), Uppsala

Iris Denstedt-Stigzelius, landstingsstyrelsen (kd), Uppsala

Levi Eckerskog, landstingsstyrelsen, (kd), Östergötland

Lars Eriksson , ekonomidirektör, Uppsala

Björn Grip, landstingsstyrelsen, (v), Östergötland

Erik Hemmingsson, sjukhusdirektör Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Paul Håkansson, landstingsstyrelsen, (s), Östergötland

Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland

Erling Karlsson, läkare, (Hjärtcentrum), Universitetssjukhuset i Linköping

Mats O Karlsson, landstingsstyrelsen (s), Uppsala

Thomas Keisu, tidigare landstingsdirektör, Uppsala

Lars Lannfelt, centrumchef Geriatrikcentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Gudmar Lundqvist, tidigare sjukhusdirektör, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Urban Lönn, centrumchef Thorax, Akademiska sjukhuset Uppsala

Martin Magnusson, centrumchef Medicincentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

Agneta Niklasson, landstingsstyrelsen, (mp), Östergötland

Bertil Nilsson, tidigare landstingsdirektör, Östergötland

Sven-Eric Nilsson, (c), Östergötland

Karin Norlén, centrumchef Kirurgicentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Gunilla Nyrén, tjänsteman, landstingskansliet, Östergötland

Per-Olof Osterman, överläkare neurologi, sjukhusledningen, Akademiska sjukhuset
Uppsala

Lennart Persson, centrumchef Neurologcentrum, Akademiska sjukhuset Uppsala

Curt Rönnblom, tidigare landstingsdirektör, Uppsala

Arne Sandemo, landstingsstyrelsen (m), Uppsala

Anders Senestad, landstingsstyrelsen, (m), Östergötland

Mats Sjöborg, landstingsstyrelsen (fp), Uppsala

Ingvar Sjögren, hälso- och sjukvårdsdirektör, Uppsala

Övrigt material.

Handlingar från LOK-kommittén, Landstingsarkivet i Östergötland

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*, Peter Garpenby

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*, Per-Erik Liss

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*, Mari Broqvist

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*, Peter Garpenby

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*, Per-Erik Liss

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*, Anders Anell

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*, Anders Melin

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*, Peter Garpenby

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*, Gunhild Hammarström

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*, Karin Lund

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*, Mari Broqvist

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*, Anna T Höglund

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*, Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson

2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie*, Kristina Lämås, Catrine Jacobsson