

# Konflikter mellan etiska och ekonomiska perspektiv i sjukvårdsorganisation

AV CARL-ÅKE ELMERSJÖ OCH GERT HELGESSON

The article analyses the relationship between ethical and financial perspectives in healthcare organisations. The starting point is an empirical study of hospital environments with participative observation and interviews. The authors conclude that there does not need to be any conflict between ethics and finance within the healthcare sector, but that financial requirements for quick treatment and short care periods easily come into conflict with demands for good quality of patient care. This conflict is hidden in many cases, because the financial perspective is internalised in the daily running of healthcare units. The authors also identify differences between organisational levels and between professional categories in ethical and financial considerations and in interpretation of concepts. These differences can be assumed to affect organisational processes and control of activities.

## 1. Introduktion

Den ekonomiska åtstramningen i svensk offentlig sektor har pågått under flera decennier. Från slutet av 1980-talet har den fått allt tydligare effekter för landstingen och därmed sjukvården. Kraven från staten att primärkommuner och landsting ska vara med och bi-

dra till en balanserad samhällsekonomi har reducerat statliga bidrag och senare även lett till förändringar i lagstiftningen om den kommunala ekonomin. Denna utveckling har ökat pressen på sjukvården att bli effektivare, samt att få fram bättre beslutsunderlag för de allt svårare prioriteringar som måste göras.

Sedan mitten av 1980-talet har också en diskussion pågått om hur produktiviteten och kvaliteten inom sjukvården kan förbättras. En central roll för de organisationsförändringar som senare genomförts spelade de så kallade ESO-rapporterna, genom att lyfta fram resultat som pekade på en negativ produktivitet utveckling inom svensk sjukvård och genom att presentera en rad förslag med syfte att öka produktiviteten. Ett av de viktigaste diskussionsunderlagen var ESO-skriften *Ds Fi 1985:3*, "Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980". Nya styrmodeller och organisationslösningar har sedan dess avlöst varandra, i allmänhet framdrivna med argument grundade på någon tolkning av ekonomisk teori.

Debatten om hur vårdkvaliteten påverkas av de genomförda förändringarna blev allt mer intensiv under senare delen av 1990-talet. Den består av två olika spår, båda med både politiska och vetenskapliga inslag. Det ena spåret rör en debatt för och emot konkurrensutläggning och privatisering av sjukvården, medan det andra rör frågan om huruvida kvaliteten och produktiviteten inom svensk sjukvård har ökat eller minskat. Ekonomer har funnits på båda sidor i debatten. Bland annat har ett antal SNS-rapporter pekat på fördelar med de nya ekonomistyrningsidéerna (till exempel Anell 1994, Arvidsson och Jönsson 1991 och Arvidsson och Jönsson 1997). Bland de kritiska rösterna har märkts Brorström (1995), Granqvist (1990, 1994 och 2000), Nilsson (1999) och Sköldberg (1991).

Grundorsaker till resursbristen har av ekonomer vanligen ansetts vara en eftersläpning i produktivitet utvecklingen och i viss mån överkonsumtion på grund av brist på priskänslighet hos "konsumenterna". På senare tid har framförts att även tekniska och medicinska innovationer samt demografiska förändringar har bidragit till att vidga skillnaden mellan den sjukvård resurserna tillåter och den sjukvård som rent tekniskt och medicinskt vore möjlig.

Även de etiska aspekterna av sjukvårdens organisering har uppmärksamats, inte minst av Jerzy Einhorn<sup>1</sup>, till exempel i artikeln "Sjuka lider i onödan" på DN Debatt 1996-10-19. I opinionsundersökningar under 1990-talet har man samtidigt kunnat konstatera ett vikande förtroende för sjukvårdspolitik. Etiska frågor av central betydelse i sammanhanget är om vi får ut den nytta (det värde) av den svenska sjukvården som vi borde, och om den verksamhet som nu bedrivs kan försvaras även utifrån andra etiska aspekter än rent nyttotänkande.

De olika miljöerna och de delvis överlappande styrsystemen i sjukvårdsorganisationen har beskrivits av Östergren och Sahlin-Andersson (1998) som "skilda världar". Den multiprofessionella organisationens komplexitet orsakas bland annat av den skillnad i språk användning och begreppsupbyggnad som sker i organisationens olika delmiljöer.

Syftet med denna studie är att analysera förhållandet mellan etiska och ekonomiska perspektiv i sjukvårdsorganisationen. Detta kan vara särskilt intressant att lyfta fram mot den teck-

nade bakgrunden, som antyder att det främst är ekonomiska analyser som använts i argumentationen för de omfattande förändringarna i organisationslösningar och styrmodeller.

Utgångspunkten är en empirisk studie med deltagande observation och intervjuer där synen på ekonomi och etik i sjukvården, på vårdnivå respektive sjukhusledningsnivå, lyfts fram. Studien har genomförts under åren 1998-2001 vid tre olika sjukhus. Efter och i anslutning till den deltagande observationen har djupintervjuer genomförts med sammanlagt 114 personer. Av dessa är 18 chefer i sjukhusledningarna på de tre sjukhusen, 40 sjuksköterskor, 24 läkare och 16 undersköterskor. Därtill ingår avdelningschefer, klinikchefer och några andra yrkeskategorier. Denna artikel baseras på ett strategiskt urval av 40 intervjuer ur den stora studien - 11 sjuksköterskor, 4 undersköterskor, 11 läkare, 13 chefer i sjukhusledningarna och 1 ur kategorin "övriga" med kurativa uppgifter. Texterna ur dessa 40 intervjuer har analyserats med avseende på vidden i etiska respektive ekonomiska perspektiv, vilken användning av ekonomisk analys som kommer till uttryck samt vad som enligt intervjupersonerna gör en handling riktig och vilka moraluppfattningar med koppling till sjukvården som framgår i texten.

Mer precist uttryckt avser vi att besvara följande två frågor: Framträder konflikter mellan etiska och ekonomiska perspektiv i sjukvårdsorganisationen? Framträder skillnader mellan organisationsnivåer eller yrkeskategorier när det gäller synsätt och begreppstolkning? I en analys av materialet försöker

vi identifiera och undersöka eventuella skillnader i tolkningen av ekonomiska och etiska begrepp. Begrepp som "effektivitet", "produktivitet", "prioritering", "resultat", "rättvisa" och "etiskt dilemma" står härvid i fokus.

## 2. Vad är "etiskt"? Vad är "ekonomiskt"?

Vad är egentligen etiskt perspektiv och vad är ekonomiskt perspektiv i de händelser och samtal som kommer att analyseras här? För det första kan man lätt inse att det finns inte bara ett utan flera perspektiv av vardera slaget. Ekonomiskt perspektiv kan man tala om utifrån bland annat följande utgångspunkter:

1. Den faktiska ekonomistyrningen.
2. Olika teoretiska ansatser, till exempel neoklassisk, institutionell och nyinstitutionell ekonomisk teori.
3. Olika tillämpningsavgränsningar, varav hälso- och sjukvårdsekonomi är en.
4. Ett idealt ekonomiskt perspektiv som är etiskt invändningsfritt.

På motsvarande sätt kan vi tala om etiskt perspektiv utifrån följande utgångspunkter:

1. Den moraliska praktiken, det vill säga hur människor faktiskt resonerar och beter sig i frågor om vad som är rätt och fel, vilket ansvar man har för sina handlingar, etc.
2. Olika etiska teorier, såsom olika for-

mer av utilitarism (nyttokonsekvensetik), deontologisk etik (pliktetik), dygdetik (karaktärsetik), kontraktsteori och rättighetsteori.

3. Olika områdesavgränsningar, till exempel omvårdnadsetik, läkaretik, affärsetik.

Generellt, och mycket kortfattat, kan man säga att de ekonomiska perspektiven utgår ifrån hushållning med knappa resurser. Syftet med övervägandena är att få ut så mycket som möjligt av de tillgängliga resurserna. Sjukvården är liksom andra områden utsatt för begränsande ekonomiska ramar inom vilka prioriteringar måste göras.

De etiska perspektiven har att göra med moraliska normer och värderingar. I vården handlar det bland annat om: Vad är bra respektive dålig vård? Hur bör/får människor i vården behandlas? Finns det någon lägre gräns under vilken vårdkvaliteten inte bör accepteras? Vilka principer bör styra vårdprioriteringarna? Finns det moraliska gränser för vad olika personalkategorier får göra? Finns det konflikter mellan olika moraliska principer, och hur ska de i så fall hanteras? Etik i vården rör allt från vad samhället kan anses skyldigt att tillhandahålla, till patienters integritet och läkares och andra yrkeskategoriers yrkesmoral.

Ibland finns konflikter mellan ekonomiskt och etiskt – ibland kan det finnas en samverkan, till exempel så att båda perspektiven talar för samma slutsats eller att det ena perspektivet kan bidra till att lösa upp problem i det andra. Det är inte bara mellan perspektiven som konflikter kan uppstå. Konflikter

kan också finnas inom det etiska området, liksom inom det ekonomiska. Ett exempel på det senare är när kortsiktiga prioriteringar inte går ihop med de långsiktiga, till exempel när kortsiktiga besparingar görs trots att de medför ökade kostnader på sikt. En inometisk konflikt uppstår när moraliska principer krockar, till exempel när kravet på läkare och sköterskor att se till patientens hälsa konkurrerar med kravet att visa respekt för patientens egen vilja.

I den ekonomiska *praktiken* existerar moraliskt beteende integrerat med rationalitet. Detta skapar, som bland andra Amartya Sen (1987, sid 1-22) har påpekat, problem för en stor del av den dominerande (neoklassiska) ekonomiska teoribildningen. Exempelvis gör antaganden om snävt egenintresse de ekonomiska modellerna problematiska vid tillämpning<sup>2</sup>. För att historiskt påvisa den etiska komponenten i ekonomibegreppen åberopar Sen bland annat Aristoteles *Nikomakiska etiken* och det faktum att Adam Smith inte bara var ekonom utan också moralfilosof och bör tolkas med hänsyn till detta.

Effektivitet uppfattas ofta främst som ett ekonomiskt begrepp. Ändå är den etiska relevansen av effektivitet uppenbar, då bortslösade resurser innebär förlorade möjligheter att tillfredsställa behov och önskemål och indikerar bristande ansvarskänsla. Olika etiska riktningar, från kantiansk etik till skilda former av utilitarism i dagens filosofiska debatt, har det gemensamt att de fäster stort avseende vid en effektiv resursanvändning och förkastar resursslöseri.

Flera grundläggande begrepp vid organisering och styrning av verksam-

het har alltså koppling till såväl ekonomiska som etiska perspektiv. Det innebär att de ekonomiska respektive etiska perspektiv som tas till utgångspunkt i vår analys måste preciseras.

Det vi här avser med "ekonomiskt perspektiv", om inte annat framgår av sammanhanget, är det synsätt som ligger till grund för *den faktiska ekonomistyrningen av sjukvården* och som upprätthålls av tillämpade redovisningsregler och använda mått för ekonomi och verksamhet. Hos initierade kommunalekonomer och andra personer i ledningen finner man ofta denna definition: "En målmedveten styrprocess vars syfte är att påverka organisationens beslut och beteende i en given riktning vad gäller ekonomi, prestationer och kvalitet." (Den faktiska ekonomistyrningen uppfattas dock inte på ett och samma sätt av alla aktörer i sjukvården. I vårdverksamheten är en mer allmänt hållen definition, till exempel "avsiktlig påverkan för att nå vissa ekonomiska mål", vanligare.)

När vi talar om "etiskt perspektiv", och inte uttryckligen hänvisar till en viss grupps faktiska moral, avser vi i allmänhet vad filosofer kallar "common sense-moralen", det vill säga vad som uppfattas som rätt och fel i vardagsmoralen. Exakt vad som ska anses ingå i common sense-moralen kan diskuteras, men den inkluderar idéer om den moraliska relevansen av nytta, behov, rättigheter och skyldigheter, riskhantering, autonomi och respekt för individen<sup>3</sup>.

### 3. Kulturmetafor och etnografisk berättelse – några teoretiska anmärkningar

Innan vi går in på beskrivningen från den empiriska miljön ska vi först säga något om de perspektiv vi nalkas organisationen utifrån och om vissa förutsättningar för tolkningen av berättelserna. För att beskriva de olika miljöerna med sina språkskillnader och skillnader i meningsskapandet använder vi kulturmetaforen. Det empiriska materialet presenteras sedan bland annat med hjälp av organisationsetnografiskt inspirerade berättelser från fältet.

De kulturmönster som framträder i sjukvårdsorganisationen är främst av två slag, dels ett som anknyter till olika yrkesroller, dels ett som är kopplat till organisationsstruktur och organisationsnivåer. Man kan illustrera detta med en metafor inspirerad av Salzer (1994, sid 233-245) som utvecklats vidare i Salzer-Mörling (1998). Organisationen kan då ses som ett kluster av relativt löst kopplade sfärer av meningsskapande som leder till konstruktioner vilka uppfattas som kulturgemenskaper. En bild av samma företeelser i ett nyinstitutionellt perspektiv skulle visa intressegemenskaper och kulturgemenskaper som bildat institutioner och diskurser på väg att institutionaliseras samt institutioner på väg mot upplösning. Dessa sfärer har en utbredning såväl vertikalt som horisontellt i organisationen och sträcker sig även mer eller mindre långt utanför organisationens gränser. Med den bilden som utgångs-

punkt kan man säga att det finns en mängd olika gränssnitt att studera närmare. För att belysa konflikter inom och mellan etiska och ekonomiska perspektiv i sjukvårdsorganisationen gör vi en huvuddistinktion i vertikalt perspektiv mellan ledningsmiljön (sjukhusledningen) och vårdverksamheten (vårdavdelningen och de där tjänstgörande läkarna, sjuksköterskorna etc.). Inom respektive organisationsnivå finns dessutom delkulturer med anknytning till bestämda yrkesroller.

Ett förtydligande som rör avgränsningen mellan nivåerna är på sin plats. Nivåerna ses här som kultursfärer delvis åtskilda men ändå i vissa delar sammanflätade i varandra – det finns ett antal personer som praktiserar ett mer eller mindre kontinuerligt gränsöverskridande mellan nivåerna. Ett exempel är klinikchefer (ibland benämnda verksamhetsområdeschefer eller chefsöverläkare). De kan, beroende på enhetens storlek etc., vara antingen överläkare med tjänstgöring på avdelning och mottagning med administrativa tilläggsuppgifter eller heltidsadministratörer med ett engagemang i sjukhusets ledningsgrupp och med sin läkargärning reducerad till ett fåtal timmar. Detta kan även gälla sjuksköterskor i motsvarande positioner. Här hänför vi läkare och sköterskor med ett ledningsadministrativt engagemang omfattande mer än halvtid och ett aktivt deltagande i sjukhusledningens arbete till ledningsnivån.

## 4. I sjukvårdsorganisationen – bilder från en fältstudie<sup>4</sup>

I detta avsnitt återges några täta berättelser baserade på fältdagböckerna, dokument och mötesanteckningar. Dessa interiörer ger en bild av i vilka kulturmiljöer de analyserade texterna tillkommit. De visar också på en del skillnader i vardagsarbetets betingelser i olika delar av organisationen. Alla personnamn i texten är fingerade. För att ge en bild av det samlade underlagsmaterialet återges även en del av intervju-texterna.

### 4.1 På vårdavdelningen

Så kommer den första A-turen, ett dagpass med tidig start. Idag ska jag främst följa Inga, som är en erfaren, vidareutbildad sköterska med omkring 15 år i yrket. Vi samlas i personalrummet över en kopp kaffe vid 06.30. Nattsköterskorna är alldeles slutkörda. De har haft inskrivning av två nya patienter under natten och tant Svea, 89 år, på rum 2:2b avled 03.15. Rapporteringen påbörjas direkt. Nattsköterskan Magdalena rapporterar patienterna på underavdelning 2 till Inga, som är pågående patientansvarig sjuksköterska. Vi har 5 patienter inom 2:an, det var fullt igår men tant Svea på 2:2b dog ju i natt. På 2:1a har vi en man född 1939 med diabetes och ett infekterat sår på höger fot. Han är något av "stamkund" och återkommer på grund av att han inte kan sköta sin diet och sin medicinering när han bor hemma. Han är ensamstå-

ende och har en äldre bror som närmaste anhörig. 2:1b är en 45-årig alkoholmissbrukare som fått problem med sitt hjärta. Han har sedan barndomen ett klaffel som blivit allvarigare de senaste åren.

Inga hör efter vad Magdalena anser om möjligheterna till utskrivning för den händelse man skulle få ett ökat tryck på inskrivning av nya patienter. Man enas om att 2a kan åka till sitt servicehus om de är beredda på där att hon kan behöva lite extra hjälp de första veckorna. 3a skulle kunna "gå hem" och kanske även 3b om det blir ett hårt tryck på inskrivning och primärvården kan ställa upp i efterbehandlingen.

Rapporteringen tar cirka 15 minuter, sedan är det en hel del att förbereda och genomföra. Först går vi in och vänder den gamla damen på 2a, hon får vänta med dusch till efter frukost. Sedan hjälper vi 1a med morgontoaletten. Därefter drar vi in matvagnen med frukost som står i korridoren, gör i ordning och delar ut frukosten till patienterna. Vi avbryts då och då av larmsignaler från rummen. Nu har det gått drygt två timmar sedan vi gick på passet och vi tar en kort rast med kaffe och kaka i personalrummet.

Syster Anna är upprörd: "Har ni hört vad dom sagt ifrån sjukhusledningen om sommaren? Jo, 'Den här sommaren är det ekonomin som gäller, vi får anpassa kvalitén!' - hur kan dom säga så där? Vad har dom för etik?"

Det blir lite diskussion om hur det var förra sommaren. Det blev lite ansträngt i samarbetet mellan några av klinikerna när man tyckte att man lastade över bekymmer på varandra. Avdelningschefen Catharina kommer in,

lyssnar och lugnar ner stämningen lite. Det gick ju trots allt ganska bra förra året. Det finns ju kliniker på sjukhuset som brukar ha det mycket värre.

Efter rasten dukar jag ut frukostbrickorna som fortfarande är kvar på några av rummen. Inga går igenom patientpärmarna och förbereder dem inför rondan. De som arbetar sen C-tur kommer in på sjuksköterskeexpeditionen och sätter sig in i det aktuella arbetsläget. Vi är sju personer på expeditionen, alla börjar samla sig inför rondan. Två av läkarna har kommit in och de sitter i telefon i var sitt hörn av rummet. Den ena talar med anhöriga till kvinnan som dog under natten. Den andre talar med akuten om en eventuell inskrivning under förmiddagen.

Huvuddelen av den tid rondan tar upptas av ett möte mellan läkaren och sköterskan i något tillgängligt samtalsrum eller liknande (till exempel dagrummet). Vid mötet går man grundligt igenom varje patientpärm inom respektive underavdelning, alltså normalt 3-6 patienter. Idag "rondar" vi med överläkaren Robert. Jag noterar att Inga och Robert har ett starkt kodat yrkesspråk. De förstår varandra mycket väl och även om genomgången går fort så stannar de upp hastigt emellanåt och kontrollerar varandras förståelse, till exempel när det gäller förändringar i medicinering eller provtagningar. Doseringen av mediciner diskuteras särskilt grundligt, men ändå med påtaglig snabbhet. Det framgår av diskussionen att de strävar efter att hålla nere medicineringen, främst utifrån vad som är bra för patienten - utan någon argumentation i kostnadstermer. Ett annat uttryck för

"patienten i fokus" är att de är överens om att försöka hålla kvar mannen på 1a några dagar trots att han är medicinskt färdigbehandlad. Orsaken är att man vill göra en förebyggande insats. Patienten har dålig sjukdomsinsikt och försämras snabbt när han är hemma på egen hand. Även detta diskuteras utan några synbarliga överväganden av kostnader.

Efter pärmgenomgången går vi runt till vissa av patienterna på 2:ans underavdelning. Vi börjar med dem som har behov av ganska omedelbara vårdinsatser. Efter rondan blir det en del ytterligare vårdinsatser som läkaren ordinerat direkt vid rondan hos patienten, till exempel dränering av urinblåsa och mätning av resturin. Sådant är känsligt för äldre damer, så jag får under tiden hjälpa en missbrukare med nedsatta handfunktioner att tända en cigarett.

## 4.2 Samtal efter rondan

### Ur samtal om vad effektiv verksamhet innebär:

*Läkare 1:* Vad jag själv gör (i strävan mot effektivitet) är att öka kontaktytan med andra läkare och med andra yrkeskategorier. Det mest effektiva jag gör är konsultverksamheten (svar på förfrågningar från andra kliniker om deras patienter) och medverkan i utbildning.

*Läkare 2:* Effektivitet – jag vill se det som relationen mellan insatta resurser och resultatet för patienterna. Istället räknar man ju ofta antal patienter och antal plat-

ser ... . Men det är svårt att mäta hälsa. Patienter, läkare, administratörer etc bedömer olika. En del mått måste man kunna utveckla ändå.

*Läkare 4:* Att det finns någon plan och att man undviker longörer och "döda punkter". Det finns en frustration över sådant beroende på det uppdragna tempot och de korta vårdtiderna. Det handlar om att minimera väntetidens andel av vårdtider. Fast det är klart, vi är nog mycket produktionsinriktade – inte patientinriktade som det står i visionen. Man kanske skulle beakta den skillnad det är i krav från, och kapacitet hos, yngre respektive äldre patienter. De äldre hinner nog inte alltid med att förstå riktigt vad som pågår och kan därför knappast bidra så mycket med sin egen psykiska kraft.

*Sjuksköterska 1:* Att jag ... hm ... kan ge en bra vård. Det behöver definieras med till exempel tillgänglighet, bemötande, rätt åtgärder på rätt nivå – och till lägsta möjliga pris. Sedan tänker jag på att man har hög kompetens och flexibilitet i organisationen runt patienten och att patienten får så få personer som möjligt omkring sig. Det handlar också om effektivare rapportering mellan oss personal och bättre övergångar i vårdkedjan.

*Sjuksköterska 2:* Att klara det som ska göras inom den tid som ges och att man mår bra och hinner umgås.

*Sjuksköterska 3:* Effektivitet? ... Jag relaterar inte det till ekonomi, alltså i pengar. Det handlar däremot om att i behandlingen av patienter spara in på behandlingstid och på min arbetstid. Det kan till exempel vara att hinna med ett ar-



betsprov innan patienten ska skrivas ut så att hon kan gå hem direkt och inte behöver en ny tid senare. Man kan sammanfatta det i snabb diagnos, korta sjukskrivningar och att få loss vårdplatser.

*Undersköterska 1:* Att verksamheten når sina uppsatta mål. Men korta vårdtider är ju inte ett tecken på effektivitet om patienterna snabbt kommer i retur. Man måste också se till effekter på olika slags resurser och effekter över tiden på till exempel personalen. Effektivitet är ett sådant ord att man måste se till vem som använder det. Det är ett vitt begrepp som man kan lägga in olika saker i. Det finns ju olika språk, till exempel besitter politiker och andra maktutövare ett språk som de kan använda som folk i gemen inte behärskar.

Ur samtal om hur man själv mäter resultatet av sitt arbete:

*Läkare 1:* Att komma på en klurig diagnos som visar sig vara rätt, att ha god kontakt med patienten och att vara efterfrågad av kollegor som medicinsk konsult.

*Läkare 2:* En lyckad behandling som både professionen och patienten uppfattar det. Resultat i ekonomiska termer – så tänker vi aldrig, inte till vardags.

*Läkare 3, tillika klinikchef:* Vi har två kunder – landstinget och patienterna. Det får ju lov att vara en kombination av dessa båda krav. Egentligen är det väl nöjda patienter och att vi med vår specialitet efterfrågas. Trevlig och positiv stämning är både en resultatindikator och ett mål i sig.

*Sjuksköterska 1:* Trygga patienter som åker hem, tycker att det varit bra på sjukhuset och som vågar komma tillbaka. Att få positiv feedback från patienten.

*Sjuksköterska 2:* En bra dag – inte kaos. Nöjda patienter som mår bra.

*Sjuksköterska 3:* En nöjd patient som inte har ont och som mår bra.

*Undersköterska 1:* När man gjort allt det där som alla förväntar sig och märker att både patienten och den övriga personalen i arbetslaget är nöjda. När man hinner med att ligga före både patienter och övrig personal i planeringen av det egna arbetet.

Ur samtal om vad som är rättvist respektive orättvist:

*Läkare 2:* Vi har haft åldersorättvisor förr, när patienter över 75 år enbart fick smärtlindring men ingen behandling. Vårdprogrammen nu leder till att olikheter mellan patienter inte beaktas tillräckligt och vi får olika grad av behandling. Kvinnor har behandlats orättvist i detta avseende.

*Läkare 3, tillika klinikchef:* Man kan ju aldrig uppnå millimeterrättvisa – livet är inte rättvist, men begreppet finns ju i alla fall. Det ska vara rättvist fördelat mellan arbetslagen på avdelningen och i journalschemat ska det vara lika antal helger över året. Vid förhandlingar om lönesättning ska det finnas motiv för löneskillnader.

*Undersköterska 1:* Det är orättvist när inte

alla får samma möjligheter. Ta till exempel skolan, när det inte satsas samma resurser på alla relaterat till behov. Det handlar om tillgänglighet – att på samma villkor få del av något.

### Om vad som är etiska dilemman:

*Läkare 1:* Om vi har en gammal patient som är dement och inte längre orkar med sina dagliga funktioner, och man inte vet vad vederbörande vill. När jag tror att jag kan åstadkomma en förbättring som förlänger livet några månader – vad ska jag göra? Vi har också situationer där jag går emot viljan hos anhöriga och patienten med argumentet att jag tror livet blir värt att leva efter behandlingen. Den som i första hand ska avgöra sådana här frågor är ju patienten – den vars liv det gäller, men det känns ju lättare att sätta in behandling än att avstå, för då har man juridiken bakom sig.

*Läkare 3, tillika klinikchef:* Tillgången (bristen) på vårdplatser är ett problem. Ibland tummar vi lite på vår känsla av säkerhet. Vi skickar iväg folk (ofta gamla människor) snabbare nu. Det är inga stora risker, men det får inte bli för mycket "reklamationsfall". Vi har vår tjänsteplikt i sjukvården – det finns ju en tanke bakom den som är moraliskt grundad.

*Läkare 10:* När man ska respektive inte ska "lägga ned vapnen" i en patients behandling. Oftast ser man det som en rent etisk fråga, inte ekonomisk. ... Det är en vanda ibland att fatta etiskt tveksamma beslut, men där den juridiska apparaten ändå säger ifrån. Där man

egentligen borde "lägga ned vapnen" när någon är klart döende kan ju utslagen i Ansvarsnämnden lätt påverka till fortsatt behandling. De faller ju aldrig för överaktivitet/övervård men ibland för inaktivitet. ... Det går mycket pengar i onödan på grund av denna konflikt mellan etik och juridik.

*Sjuksköterska 1:* När naturen inte får ha sin gång utav rädsla på något sätt. Det förekommer ständigt att vi får in sjuka äldre från servicehus där de i panik har skickats in till sjukhus för att dö. Det leder till att nya och för patienten ovana människor ska undersöka och behandla för att förlänga livet ett par dagar. Man måste kunna få dö i någon sjukdom om man är gammal och få somna in värdigt i en invand miljö. Vi sköterskor vill i dessa lägen ge en värdig omvårdnad, medan läkarna är inriktade på att bota.

*Sjuksköterska 2:* Det finns en risk för underbehandling av missbrukare för att de misshandlar sig själva genom att lämna en pågående behandling fast de mår mycket dåligt. Men då uppkommer frågan om man kan/bör tvinga på dom en behandling. Sedan finns det överbehandling också, ofta i livets slutskede, då en del läkare vill rädda liv till vilket pris som helst. Numera sätter vi oss ofta ner och pratar om sådant och vi sköterskor får ge vår syn på det, men det är ju läkaren som bestämmer. Det kan ju spegla deras egen syn på döden och deras egen dödsångest också.

*Sjuksköterska 3:* Ibland leder oprecisa och osäkra ställningstaganden till att man lägger sig på en alltför hög vårdnivå, vilket i sin tur äventyrar säkerheten för andra patienter genom att vi får bristande beredskap för nya patienter.

Många doktorer lägger patienter här på observation för att det finns en mikroskopisk risk att det är hjärtinfarkt. Ett annat exempel kan vara en 90-årig skröplig tant med multidiagnos och senildemens som läggs på observation för bröstsmärtor, men som lika väl kunde ligga på vårdavdelning med telematriövervakning istället eftersom det är uppenbart att kranskärlsoperation knappast kan komma ifråga.

*Sjuksköterska 4:* Till exempel om man gör en kranskärlsröntgen på en mycket dålig patient. Vad händer om patienten är så dålig att det inte går att göra något, det kan bli en överbehandling som till och med kan leda till en försämring. Det kan vara annan överbehandling, som till exempel propplösande på äldre, 85 år och äldre med hårda tunna förkalkade kärl. Det kan leda till arytmier eller blödningar eller att patienten vill ha ballongvidgning av kranskärl men inte klarar behandlingen. När man har patienter med palliativ vård eller som borde ha det och så ger man elstötter för att sätta igång dom. Då kan det kännas oetiskt. Det ska vara ett värdigt slut på livet, men många gånger är det anhörigas krav ...

*Undersköterska 1:* Etiskt problematiskt blir det när någon inte behandlar patienten som en människa utan som ett objekt. Det kan till exempel ske genom att man pratar över huvudet på patienten. Ett annat problem rör frågan: Hur långt ska man gå med sikte på att åtgärda när det gäller en döende patient? Ytterligare ett problem är när man möter andra kulturer och saknar kunskaper för att kunna förstå annorlunda beteende.

### 4.3 I sjukhusledningen

Sjukhusdirektören kommer in från ett möte med landstingsledningen. Medicinske chefen och förhandlingschefen är ännu kvar i ett möte med två klinikchefer som tvistar om ansvarsgränserna dem emellan. Av de övriga gör sig kvalitetschefen och personalchefen redo för att direkt efter dagens korta ledningsgruppsmöte ge sig ut på olika träffar inom sjukhuset. Den enda någorlunda fasta punkten som jag upplever det är chefssekreteraren, men hon är också ganska rörlig i och med att hon ofta deltar i de olika chefernas möten och för anteckningar.

Så glider alla in mot det ovala lilla sammanträdesbordet med en kaffekopp i handen och dagens administrativa ledningsgrupp kan börja. Ja, riktigt alla är det ju inte. Medicinske chefen avstår från dagens ledningsgrupp för att slutföra mötet med de två tvistande klinikcheferna. På dagens dagordning står avtalsfrågor och lokala löneförhandlingar, verksamhetsplaneringen (VP) för kommande år, administrativ organisationsöversyn, särskilda utbildningsinsatser för läkarkåren, personalsituationen på medicinkliniken och val av testområde för kvalitetsutveckling genom vardagsförbättringar.

Sjukhusdirektören Max redogör från möten med landstingsledningen och berättar bland annat att det blir en extra landstingsstyrelse i maj för politisk behandling av VP-arbetet. För landstinget totalt saknas 20-30 miljoner kronor innan man når balans vid sekelskiftet, kanske mer om man inte kommer någon vart med samordningen mellan de

olika sjukhusen. Det är problematiskt i arbetet mot ytterligare samordning där. Det har blivit alltför politiskt laddat. Max skisserar agerandet inför arbetet med verksamhetsplanen: "Vårt arbete här inom Bassjukhuset blir att säkerställa de planerade effekterna av rationaliseringsplanen för samgåendet med Västra sjukhuset. I denna ingår att överföra ett tyngre ansvar till primärvården. Resurser och kapacitet för detta finns det ganska gott om i primärvården. Samtidigt ökas genom regeringsbeslut nu resurserna i kommunerna. Vi borde med hänsyn till detta kunna pressa ner oss till ramarna enligt rationaliseringsplanen. Det bör vara vår rimliga ambitionsnivå. När det gäller personalkostnaderna på Medicin krävs det analys och åtgärder. Dom ligger helt fel i förhållande till planen".

"Den stora frågan är om det behövs ytterligare en mellanvårdsform eller inte", säger förhandlingschefen Ove. "Det skulle ju innebära att man införde något slags sjukhem med delat ansvar mellan kommun och landsting eller att landstinget tog på sig mer ansvar än vad som var avsikten med ÅDEL-reformen", kontrar ekonomichefen Petra, och fortsätter: "Nej, vi måste se till att kommunerna tar sitt ansvar. Det här är deras bord."

Knappt har mötet avslutats förrän de flesta av deltagarna rusar iväg på andra möten inom och utanför sjukhuset. Kvar under förmiddagen blir Petra, som ska sammanställa en del sifferunderlag för arbetet med verksamhetsplaneringen, och chefssekreteraren, som skriver anteckningarna från dagens ledningsgrupp och har telefonmöte med

planeringskommittén för VP-internetet.

#### 4.4 Samtal efter ledningsmötet

Ur samtal om vad effektiv verksamhet innebär:

*Chef 1:* Med våra termer är det att vi uppnår de mål och utför de aktiviteter som är fastställda i verksamhetsplanen och att vi gör det inom givna budgetramar. Här ingår också att åstadkomma de effekter som är önskvärda.

*Chef 2:* Det är när alla vet vad som ska göras för att det ska fungera och alla har kunskap om verksamhetens funktion och vad som krävs av dom. Sedan innebär det att man även når till det som krävs, utan att det hakar upp sig i flödet – inga avbrott utan det flyter på. Man kan säga att det krävs att När? Var? Hur? är känt av alla och det finns god tillgänglighet. Här betyder e-post och mobiltelefon allt mer eftersom man kan kommunicera löpande och därför använder samma språk i större utsträckning. Då har man gemensamma uppfattningar något så när och gemensamma mål blir i större utsträckning verkligen gemensamma.

*Chef 4:* Vår effektivitet ska kunna avläsas längst ut i kundnytta. Vi har lyckats om sjukhuset arbetar enligt våra intentioner och patienten blir nöjd. Det ska vara små enheter som samarbetar och står för närhet, tydlighet, synlighet och så krävs det ett fungerande informationsflöde.

Ur samtal om hur man själv mäter resultatet av sitt arbete:

*Chef 1:* Att vi når de årliga verksamhetsmålen, det är mitt ansvar.

*Chef 3:* När idéer och projektuppslag blir något och ger resultat. När de personer man puffar fram växer i självtillit och förmåga.

Ur samtal om vad som är rättvist respektive orättvist:

*Chef 1:* Lika behandling med hänsyn till vars och ens bidrag till verksamheten är rättvist. Jag möter mycket synpunkter som går ut på att likformig behandling i allt är rättvisa, men det tycker inte jag. Lika lön är inte rättvist. Det ska ju kopplas till vars och ens bidrag till verksamheten.

*Chef 2:* Alla ska ha rätt till samma vård oavsett kön, ras och handikapp. (...) Jag tänker sällan på rättvist/orättvist, ibland när man läser tidningen kanske. Samma möjlighet till vård för alla oavsett ekonomisk styrka.

*Chef 3:* Rättvisa får man ju aldrig, men varje patient ska ha möjlighet att få del av en god vård utifrån sina behov - "rätt vård på lika villkor". Man ska också ha rätt att få reda på vilka behandlingsmöjligheterna är. Sedan är det ju en bedömning vad som är rätt för den enskilda patienten. Värdegrunden som vårdare ligger i människosyn. Det avgör ju hur man bemöter patienter.

*Chef 4:* En rättvis fördelning av vårdre-

surserna är ju vad vi strävar efter. Grunden för det är en sammanvägning av allmänna etiska syften och sedan faktiska jämförelser mellan olika grupper, till exempel prioriteringen mellan diagnoser. Vissa patientgrupper eller diagnoser uppmärksammas lättare än andra, till exempel hjärtsjuka och reumatiker mer än psykiskt sjuka. Den moraliska grunden finns ju i hälso- och sjukvårdslagen. Den ger var och en rätt till hälso- och sjukvård efter sitt behov. Landstingspolitiskt har vi ett prioriteringsdokument, men politikerna har en tendens att påverkas av tillfälliga strömningar och publicitet. Där har vi i förvaltningsledningen en tendens att balansera upp detta. Prioritering görs så subtilt och diffust i en sådan här verksamhet och det är enda sättet att göra det på.

Om vad som är etiska dilemman:

*Chef 1:* Det man tänker på är den ständigt återkommande diskussionen om volymen på vårdarbete kontra ekonomiskt utrymme. Egentligen är det ju ingen brist på arbete, till exempel när vi säger upp folk - alla behövs i vården, men det är brist på ekonomiskt utrymme. Ska det vara ekonomin eller patienten i centrum? Detta måste vara oerhört tufft för vårdpersonalen. Hur hanteras det? Ja, det görs ett kanonjobb. Man möter hur många ansvarsfulla medarbetare som helst. Men det går att komma ännu längre om vi bryter ner en del revir.

*Chef 2:* Kommer inte mycket i kontakt med det i mitt arbete. Jag behöver säl-

lan eller aldrig handla mot min övertygelse. Min levnadsregel är: Tänk på att Du själv ska leva med konsekvenserna av beslutet resten av livet. Det gäller alltså att kunna stå för det man gör. Ställs det på sin spets lämnar jag situationen och (av)går.

*Chef 3:* Etiska konflikter hänger på en vårdavdelning ofta ihop med tid. Man hinner inte vara på alla ställen samtidigt. Till exempel matning av någon som inte vill äta – ska man tvinga i någon näring och i så fall i vilka lägen? Vårdplikten kommer i konflikt med patientens självständighet och integritet. När ska man återuppliva eller låta dö? I ledningsarbetet handlar det mycket om att ha respekt för andra människor. Man måste visa att man menar allvar med att se allas lika värde.

*Chef 4:* När man uppenbart har olika perspektiv på en fråga eller ärende och där jag sitter på information, kunskap och makt som inte andra har. När ska man delge helhetsbilden? Att avgöra fördelning av resurser, till exempel investeringar, mellan specialiteter eller mellan servicefunktioner och patientnära verksamheter.

## 5. Etiskt och ekonomiskt i sjukvårdsorganisationen

### 5.1. Samverkan mellan etiskt och ekonomiskt

Av vårt empiriska material framgår att det finns många tillfällen då någon kon-

flikt mellan etiska och ekonomiska perspektiv *inte* uppstår. När ekonomisk effektivitet innebär att en viss insats kan åstadkommas till ett lägre pris blir det pengar över till andra insatser. Så länge inte insatsens kvalitet påverkas negativt av att mindre resurser tas i anspråk innebär det att mer vårdvärde, eller nytta, kan fås ut av samma (ekonomiska) resurser. En otvivelaktig följd av de senaste 10–15 årens decentraliseringssträvanden och andra organisationsreformer är att kostnadsmedvetenheten bland vårdpersonalen har ökat – se bland annat Åberg (1997) för en sammanställning över utvärderingar av Bohusmodellen, Styr -93 i Landstinget Gävleborg och Stockholmsmodellen, samt Nilsson (1999) som beskriver förändringar i överläkares beteende och inställning. I det praktiska vårdarbetet tar sig detta spartänkande bland annat uttryck i att sköterskor och undersköterskor planerar provtagning, såromläggningar och dylikt så att åtgången av förbrukningsmaterial hålls nere. I en del fall har det möjliggjort schemaläggningar som är bättre anpassade till vårdtyngden och en mer flexibel hållning till samarbete och samverkan mellan vårdlag och yrkeskategorier.

Flera sjuksköterskor och avdelningschefer vittnar om att kostnadsmedvetenheten i ett inledningsskede medförde en överdriven återhållsamhet i användningen av förbrukningsmaterial etc. som gick ut över vårdkvaliteten, men att detta avtagit i takt med att konsekvenserna har uppmärksamats. Här verkar ett ekonomiskt tänkande alltså kunna gå hand i hand med det

etiska i så motto att mer vårdvärde fås ut av sjukvårdsresurserna utan att några insatser försämrars<sup>5</sup>.

## 5.2. Öppna konflikter

Naturligtvis kan konflikter mellan etiska och ekonomiska perspektiv uppstå. Konflikterna kan vara antingen öppna eller dolda. Med "öppen konflikt" menar vi att en konflikt föreligger och att aktörerna är medvetna om det. Med "dold konflikt" menar vi att en konflikt föreligger men att aktörerna inte är medvetna om det. En konflikt kan förstås vara öppen för vissa och dold för andra aktörer. En konflikt är öppen till exempel när vårdpersonal uppfattar besparingskrav som orimliga (ur moraliskt perspektiv) eller när tilldelade resurser inte anses räcka till för att upprätthålla en acceptabel vårdnivå. Ett exempel ur det empiriska materialet är situationen då en sköterska starkt ifrågasätter det rimliga i planerad verksamhet över sommaren.

## 5.3. Dolda konflikter

I andra situationer kan konflikter mellan ekonomiskt och etiskt perspektiv finnas utan att märkas. I ett väsentligt avseende har det ekonomiska perspektivet internaliserats i sjukvården på ett sätt som gjort det osynligt i den dagliga verksamheten, nämligen genom begränsningen av antalet vårdplatser i kombination med strävan mot allt snabbare genomströmningshastighet i sjukvården. Etiskt hänsynstagande i själva vårdssituationen får på så vis utrymme

först givet de ekonomiska ramarna. Många uttalanden av läkare och sjuksköterskor lyfter fram patientflödet genom vårdplatserna som en viktig, nästan självklar, indikator på effektiv och framgångsrik verksamhet – trots att de i andra sammanhang ger uttryck åt uppfattningen att ekonomiska hänsyn inte får sätta spår i själva vårdarbetet. En konflikt mellan vad vårdpersonal anser att man *bör* hinna med och det utrymme som står till förfogande finns uppenbarligen. Sköterskor har till exempel anmärkt att det finns för lite tid till samtal med patienterna, men utan att då uttryckligen uppfatta det som en effekt av ekonomistyrningen.

Det finns nog en risk att hård ekonomistyrning leder till en "teknifiering" av vården, det vill säga en prioritering av "hårda" värden framför "mjuka" i så måtto att man begränsar vårdpersonalens insatser till det direkt medicinska och eliminerar "slöseri" som att ha tid över att prata med de inlagda, att informera dem om behandlingen så att de förstår, att ta hänsyn till deras personligheter etc. Ett exempel ur det empiriska materialet är en överläkare som under intervjun kom att reflektera över att snabbhantering av patienterna kan motverka behandlingsresultatet för vissa äldre för att de inte hinner förstå vad det är som pågår omkring dem. Patienternas integritet är också ett mjukt värde som riskerar att hamna ur fokus när vårdplatserna är få och trycket och tempot är högt. Omständigheterna kan rent av medföra att personalen till slut blir okänslig för dessa värden<sup>6</sup>. En effekt av ekonomistyrningen blir då att vissa värden får prioritet över

andra, till exempel så att patientens medicinska hälsa alltid eller oftast sätts före dennes autonomi och integritet. Högt tempo i arbetet och snabb genomströmning innebär dessutom en ökad risk för felbehandling och för att personalen blir utbränd.

Exempel på kopplingar till vårdplatslogistiken och strävan efter att snabba på undersökningar och behandling finns tydligt i uttalanden från läkare 4 samt sköterskorna 2 och 3 om vad som kännetecknar effektiv verksamhet. I den inledande berättelsen från rapportering och rond kan också denna strävan skönjas. Den visar sig även vid en analys av samtliga texter och dokument i undersökningen genom en hög frekvens av nyckelord som "flexibilitet", "platsberedskap" och "utskrivningsplanering" - det senare påbörjas för övrigt ofta redan vid inskrivningen av patienten. I flera intervjuer med läkare och sköterskor finns uppräkningslistor av saker man bör hinna med före utskrivningen.

Å andra sidan förekommer en del kommentarer på klinisk nivå som visar att det finns en medvetenhet om faran för vårdkvaliteten med en alltför snabb genomströmning. Läkare 3 tar till exempel upp faran i att det kan bli för mycket "reklamationsfall", det vill säga att patienter på grund av underbehandling eller felbehandling i en första omgång tvingas uppsöka sjukvården på nytt - dessa fall är exempel på när ekonomistyrningen leder till moraliskt sett sämre resultat. Fast en genomströmningshastighet som innebär att patienter i stor utsträckning tvingas uppsöka vården på nytt är förstås inte heller långsiktigt ekonomiskt försvarbar.

I sjukhusledningen tycks insikten att det förekommer konflikter mellan etik och ekonomi mer utbredd. Flera intervjupersoner refererar till sådana konflikter, bland annat genom uttalanden av det slag som chef 1, 3 och 4 representerar. De ekonomiska ramarna kan, enligt dessa personer, sättas så snävt att den vårdnivå som blir möjlig är oacceptabelt låg.

Huruvida nivån är oacceptabel eller inte kan dock inte, vilket också några av läkarna är inne på, avgöras uteslutande utifrån vårdinsatser och -resultat, utan måste relateras till övriga mål och resurser i samhället. Ytterst är vad som bör göras beroende av vad som kan göras - den tänkbara stridsfrågan om etiskt eller ekonomiskt perspektiv bör ha prioritet när de krockar med varandra kan inte gå bortom detta. För tydlighets skull bör vi kanske här explicit skilja mellan värderingar av vård och normer om vård. Att vården inom ett visst område bedöms som undermålig (en värdering) kan inte under alla omständigheter innebära att den bör förbättras (en norm) - det är kanske inte rimligt att under svåra ekonomiska förhållanden alls fortsätta med en viss verksamhet. Likaså följer det inte ur det faktum att vårdinsatserna inom ett område är mycket bra att denna vårdnivå bör bibehållas.

Skillnaden mellan vårdvärderingar och vårdnormer kan kanske i viss mån förklara den skillnad i synsätt som finns mellan sjukhusledning och vårdpersonal. I "vårdperspektivet" ser man till den egna avdelningen (låt oss kalla den A) och till de andra avdelningar man regelbundet kommer i kontakt med (säg B



och C). I den mån något fungerar dåligt i den sfären tenderar man förstås att tycka att det borde göras bättre – det skulle ju underlätta det dagliga arbetet. Att inte försöka förbättra är att göra fel. Ur "ledningsperspektivet" kan det te sig annorlunda eftersom man har hela sjukhusets verksamhet att ta hänsyn till. Även om A, B och C fungerar lite knackigt kanske det är ännu värre med D och E. Slutledningen från värderingar till normer kan därför bli annorlunda och strida mot vårdpersonalens bedömning i A. Naturligtvis kompliceras bilden av att det kan förekomma en revirkamp mellan avdelningar och mellan kliniker med olika specialiteter. Bakom en sådan kamp kan ligga olika uppfattningar om vilket sätt att organisera arbetet som leder till bäst resultat för vården som helhet, men också individers och gruppers egenintressen.

#### *5.4. Ekonomistyrning som resurshantering*

En annan typ av konflikt är den mellan praktisk ekonomi och ideal ekonomi, eller mer konkret uttryckt mellan den faktiska ekonomistyrningen och vad som vore en sund resurshantering. I sjukvårdssammanhang är målet för ekonomistyrningen "mer vård för pengarna", det vill säga att man ska få ut mer nyttig vård för varje satsad krona. Diskrepansen mellan målet och utfallet beror i allmänhet på att de mått som används för utvärdering och styrning inte till fullo fångar värdet hos den bedömda verksamheten, vilket bland annat kan leda till att felaktiga incitament

skapas. Ibland leder även de teoretiska utgångspunkterna till tvivelaktiga resultat<sup>7</sup>.

Traditionellt inom landstingen har klinikerna beviljats kostnadsanslag efter budgetförhandlingar. Verksamheten har då varit budget- och regelstyrd i detalj (men ekonomifrågor och verksamhetsfrågor har ändå hållits isär på ett sätt som lämnat relativt stort utrymme för läkarnas bedömningar). Ett exempel från nutida ekonomistyrning är att man betraktar vårdapparaten uppdelad i resultatenheter och ger varje enhet ersättning efter prestation (som i den av Stockholms läns landsting tillämpade DRG-ersättningen)<sup>8</sup>. En avdelning eller vårdcentral kan med dessa förutsättningar höja sin produktivitet – tolkad som antalet producerade vårdinsatser, till exempel höftledsoperationer, per satsad resurs – och därmed den ekonomiska ersättning den får antingen genom att öka prestationsvolymen (genom att ta hand om fler patienter) eller genom att sänka kostnaderna för en given volym (till exempel genom att korta vårdtiderna). I idealfallet ger den här typen av styrning enheterna incitament att effektivisera. Den medicinska bedömningen hålls dock av de flesta läkare fortfarande utanför ekonomistyrningen. Detta tillsammans med makten över diagnosbegreppen lämnar fortfarande stort utrymme för läkarnas bedömningar när det gäller de enskilda patienterna och diagnosgrupper.

En risk med ekonomistyrning är emellertid att en förändring i en avsedd dimension uppnås genom negativa förändringar i andra dimensioner. Detta kan lätt ske om man nöjer sig med kri-

terier som är enkla att mäta istället för att söka nå fram till mått som ger rättvisande resultat<sup>9</sup>. Om man till exempel försöker få sjukvården mer kostnadseffektiv genom att ge incitament att sänka styckkostnaden för en viss vårdinsats, och detta sker utan att man samtidigt har kontroll över kvalitetsutvecklingen, riskerar man att ekonomistyrningen får till konsekvens att vårdkvaliteten sänks – det kan nämligen vara enklaste sättet att få ner styckkostnaden. Det som framstår som en förbättring, givet de mått som används, kan då i själva verket vara en försämring, eftersom värdet av en tidigare producerad enhet inte behöver vara detsamma som värdet av en enhet producerad efter "produktivitetshöjningen". Likaså kan en förenklad mätning av sjukvårdens produktivitet ge vid handen att ingen förbättring har skett, samtidigt som en avsevärd förbättring göms i en allmän kvalitetsförbättring som inte tar sig uttryck i ett ökat antal producerade enheter<sup>10</sup>. Omvänt kan en kvalitetsförsämring som medför att patienten måste återkomma för förnyad vård framstå som en produktivetsförbättring, eftersom patientens återkomst så småningom innebär ytterligare ett åtgärdat fall (dessutom till troligtvis lägre kostnad med hänsyn till förenklad inskrivning och redan gjorda undersökningar). Ekonomistyrning på sådana grundvalar står naturligtvis i strid med vad som förespråkas såväl ur ett etiskt som ur ett idealt ekonomiskt perspektiv.

I den inledningsvis refererade debatten om produktivetsutvecklingen inom sjukvården kom ofta alla externe-liteter att betecknas som "kvalitets-

aspekter". Det finns dock, som bland andra Granqvist (2000) påpekar, även kvantitetsmätningar som är problematiska. Till problemen att mäta kvantiteter korrekt hör här svårigheterna att rätt beakta övergång av viss verksamhet från sluten vård till primärvård och egenvård med eller utan insatser av nya mediciner. Ett konkret exempel är magsår som tidigare till största delen behandlades kirurgiskt i sluten vård men nu till stora delar hamnat inom primärvården och egenvård av patienten.

### 5.5. Skillnader i begreppstolkning och yrkesroller

Finns det skillnader i begreppstolkning mellan olika organisationsnivåer och mellan yrkeskategorier? De redovisade exemplen på begreppstolkning, liksom det empiriska materialet i övrigt, visar att det finns skillnader i synen på vården mellan dem som arbetar inom själva vårdverksamheten och sjukhusledningen. I vårdverksamheten refererar man ofta till patienten, dock i några fall till den egna yrkeskårens värderingar och till hur väl det dagliga arbetet löper. I ledningen refererar man oftare till helheten, till uppnådda resultat i förhållande till verksamhetsplanen och till de använda ekonomiska styrinstrumenten. Dessa skillnader i vidden av perspektiv visar sig på ungefär samma sätt i såväl de ekonomiska som de etiska övervägandena. Det visar sig även finnas betydande skillnader i tillgången på etisk begreppsapparat. Sådan finns i stor utsträckning bland läkare och sjuksköterskor, medan den hos de i sjukhusled-

ningen med enbart administrativ eller annan utbildning (utan erfarenhet av direkt vårdarbete) tycks saknas i stor utsträckning. Även de chefer i ledningen som har en bakgrund i vården visar skillnader härvidlag mot de som är aktiva i vårdarbetet. En motsvarande omvänd skillnad visar sig när det gäller ekonomiska begrepp. Denna skillnad är dock inte lika markant som när det gäller de etiska begreppen.

Det uppenbarar sig även en skillnad mellan vårdverksamhet och ledning i vilken begreppsutrustning som är central. I ledningen faller det sig naturligt att låta ekonomiska begrepp utgöra verktyg för hantering och förståelse av verksamheten, naturligt då det ekonomiska ansvaret ligger där. På vårdnivån är det ekonomiska perspektivet tvärtom närmast tabu - på individnivå. Ekonomin sätter ramarna för verksamheten och de rutiner som utvecklas i den. Däremot tycks en utbredd uppfattning bland läkare såväl som sköterskor vara att särskilda ekonomiska hänsyn inte får spela in vid valet av insatser för den enskilde patienten. Samtidigt tycks många av dem ändå mena att någon form av allmän ekonomisk avvägning av vad som är rimligt med hänsyn till risker och möjligt utfall av åtgärden kan få förekomma. Ett exempel är när läkare och sköterskor inom kardiologin reflekterar över den överbehandling som kan bli följden av ny teknik. När traditionell kranskärlsröntgen ersätts av undersökning i Angio-Lab kan behandling i form av ballongvidgning av kranskärl ske i direkt anslutning till undersökningen. Detta innebär att tiden för reflektion och övervägande av huruvida behandlingen

ska sättas in eller ej blir mycket kort eller i praktiken obefintlig. Detta i sin tur leder till att behandling sätts in utan tillräcklig hänsyn till patientens situation i stort och eventuella andra diagnoser. Här kommer även en ekonomisk avvägning in, som en av de yngre specialistläkarna uttrycker så här: "Det blir svåra val av insatser för patienter i mycket hög ålder med flera svikt-diagnoser. Man frågar sig ju: Vad får patienten kosta? Hur stora undersökningar och dyra behandlingar ska vi sätta in i dessa lägen?" I denna typ av avvägningar menar dock både läkare och sköterskor att den medicinska bedömningen av möjligheterna till förbättringar för patienten och de medicinska riskerna måste väga tyngst.

Exempel på skillnader mellan yrkeskategorier ges i vårdverksamheten mellan läkare och sjuksköterskor, till exempel i hur patientorienteringen uttrycks. Sköterskor talar ofta om "nöjd patient" medan läkare refererar till "rätt diagnos" och "rätt behandling". I huvudsak berör detta visserligen två aspekter av samma sak, nämligen i vilken mån patienter behandlas på rätt sätt, men det ger också en fingervisning om olika attityder till det egna arbetets mål. Sådana skillnader finns inte sällan i förhållnings-sättet till det som pekats ut som det absolut största etiska dilemmat av dem som verkar på klinik: frågan om behandling/överbehandling i livets slutskede. Hos både läkare och sköterskor upplevs avvägningen mellan plikten att uppehålla liv och kravet att patienten ska kunna få en lugn och värdig sista tid i livet som det i stort sett allt överskuggande etiska dilemmat. Av totalt 92 in-

tervjuade i dessa personalkategorier anger fler än 80 denna typ av etiskt dilemma som det enda som väger tungt eller som det största bland sådana.

Denna etiska konflikt involverar inte medvetet ett ekonomiskt perspektiv annat än då några reflekterar över att "det dessutom sannolikt skulle bli billigare" om man kunde finna bättre, mer människovärdiga lösningar på denna typ av konflikter mellan olika moraliska handlingsprinciper. Om enigheten är stor om problemet, så är den inte lika stor då det gäller hur man bör hantera det. En skillnad kan skönjas mellan sjuksköterskornas större betoning av livskvalitet i livets slutskede och läkarnas ofta starkare inriktning på att rädda liv. Denna skillnad kan kanske till viss del förklaras med den allmänna skillnaden i arbetsinnehåll (fokus) mellan sköterskor och läkare. Till viss del kan den också bero på en genuin skillnad i syn på vad som är viktigt i sådana vallsituationer. Här kan läkarens självbild som "räddare av liv", knuten till läkarnas speciella yrkesmoral<sup>11</sup>, ställas mot sköterskans bild av att vara den som "gör det bra för patienten", vilken i sin tur är knuten till sjuksköterskors och undersköterskors yrkesmoral<sup>12</sup>.

En mer profan tolkning av attitydskillnaderna, som inte bör glömmas bort, rör juridiskt ansvar: Medan sköterskorna kan ha enbart patientens intresse för ögonen kan efterhandsbedömningar av läkarens insatser påverka dennes val av handling ("ansvarsnämnden prickar inte för överbehandling, men däremot finns en viss risk vid underbehandling", som en läkare formulerade sig).

## 5.6. Prioritering som ekonomi och etik

Som redan påpekats är en vanlig uppfattning bland vårdpersonal att ekonomiska hänsyn inte får spela in vid valet av åtgärd för enskilda patienter - patienterna får inte bli blott brickor i det ekonomiska pussel sjukhusledningen har att lägga. Å andra sidan är det inte av godo att helt bortse från de ekonomiska aspekterna. Prioriteringar kommer att göras inom sjukvården oavsett om de är medvetna eller inte. Ett exempel: I fall av så kallad övervård i livets slutskede är det onekligen så att den faktiska prioriteringen är att lägga resurser på livsuppehållande insatser av ibland tveksamt värde för patienten istället för att lägga dessa resurser på områden där nyttan av dem är uppenbar. Då det ekonomiska perspektivet innebär bland annat att medvetet göra prioriteringar framstår det som moraliskt nödvändigt att ett sådant perspektiv också anläggs. Det är förstås fortfarande moraliskt oacceptabelt att se till kostnaderna för en viss insats utan att också se till värdet av den, men det ekonomiska perspektivet tillför poängen att det är lika otillåtet att endast beakta värdet av insatsen isolerat, utan att också se till resursernas möjliga alternativa användning. Så länge resurserna inte är oändliga innebär varje val av insats att man väljer bort något annat. Några vill kanske hävda att det är oetiskt att ställa olika vårdinsatser (eller patientgruppers intressen) mot varandra - ur både etiskt och ekonomiskt perspektiv är detta tvärtom nödvändigt så länge resurserna inte räcker till att tillfredsställa alla be-

hov och önskemål.

Vi tog tidigare upp de höga kraven på genomströmningshastighet i vården och de "reklamationsfall" detta medför. Ett stort antal reklamationsfall är moraliskt oförsvarligt, hävdade vi. Men vilken hantering av problemet är då den rätta, givet att det i praktiken är omöjligt att alltid ge precis den vård som behövs (varken mer eller mindre)? Vilken balans bör råda mellan andelen överbehandlade (fall där patienten skulle klara sig precis lika bra med mindre vårdinsatser) och andelen underbehandlade (fall där patienten får för lite eller felaktig vård)? Ur ekonomiskt perspektiv är lösningen på över-/underbehandlingsproblematiken den balansgång som är effektivast. Att lägga vårdinsatserna på en sådan nivå att man inte får några reklamationsfall innebär sannolikt att man har ett flertal fall av överbehandling. Det är sannolikt ett sämre hushållande med resurser än om man lägger insatserna på en lägre nivå, där klart färre överbehandlas medan ett (litet) antal får för lite eller felaktig vård. Ur etiskt perspektiv kan man kanske tycka att det moraliskt försvarbara är noll reklamationer. Fast tendensen att peka ut detta alternativ kan ha sin grund i vår relativa ovana vid att prioritera i etiska frågor, jämfört med i ekonomiska<sup>13</sup>.

Prioriteringsutredningens slutbetänkande (SOU 1995:5) är ett exempel på hur svårt man kan ha att utifrån etiska grundvalar nå fram till användbara prioriteringsprinciper. Den i utredningen centrala människovärdesprincipen är i praktiken näst intill oanvändbar som prioriteringsgrund i sjukvår-

den. Även i övrigt har prioriteringsutredningen svårt att ta mer än några första stapplande steg<sup>14</sup>.

Under tiden görs dagligen en mängd prioriteringar inom sjukvården som är värda att diskutera. Ett exempel är att forskningsnära och högteknologisk vård ofta prioriteras framför tekniskt och forskningsmässigt mindre avancerade eller "intressanta" insatser, trots att man i åtminstone vissa fall kan vänta sig betydligt större nytta av den senare typen (ett tydligt exempel återges i Bischofberger med flera 1995, kapitel 2). Ett annat exempel är idrottares och vissa privatförsäkrades "gräddfil" in i vården. De ökade kostnaderna för nya mediciner och behandlingar i kombination med en hård ekonomisk press på sjukvården aktualiserar också frågan om hur mycket (och vilken) vård som ska tillhandahållas i offentlig regi. Det finns därför goda skäl att fråga sig vilka de etiska grundvalarna för rådande praxis är. Och hur bör det se ut i framtiden?

## 6. Slutsatser

Vi har i den här artikeln, bland annat med stöd av ett empiriskt material, försökt belysa förhållandet mellan etiska och ekonomiska perspektiv i sjukvårdsorganisationen. De viktigaste slutsatser vi har kunnat dra är följande:

- Det finns inte någon i alla sammanhang oundviklig konflikt mellan etik och ekonomi i sjukvården - tvärtom är genomtänkta prioriteringar en förutsättning både för god resurshushållning och för möjligheterna att åstad-

komma värdefull vård. I alla delar av sjukhusorganisationen finns det människor med insikt om prioriteringarnas dubbla roll, men långt ifrån alla visar i vardagssituationen denna medvetenhet.

- De önskemål och krav som framför allt en god omvårdnad om patienten ställer, till exempel tid för samtal och för att sätta in patienten i vad som sker, kommer lätt i konflikt med den faktiska ekonomistyrningens krav på snabb genomströmning och korta vårdtider. Denna konflikt är i mångt och mycket dold, då det ekonomiska perspektivet är internaliserat i den dagliga verksamheten genom personalens anpassning av vårdtiderna till tillgängliga vårdplatser.
- En förutsättning för att ekonomistyrning ska vara framgångsrik är att de mått som används verkligen mäter de relevanta värdena, och inte bara ett snävt begränsat urval av de värden man vill realisera. Den faktiska ekonomistyrningen i svensk sjukvård kan kritiseras för att den använder mått som inte ger tillräckligt informationsunderlag för att det ska vara möjligt att avgöra om det erhållna produktivetsmåttet verkligen skildrar produktivetsförhållandena. Det finns en uppenbar risk att ekonomistyrning baserad på dåliga kriterier skapar incitament som leder till önskat resultat.
- Det etiska dilemma vårdpersonal ur alla yrkeskategorier uppfattar som mest påtagligt – konflikten mellan att

försöka rädda liv och att försäkra patienten om en värdig sista tid i livet – är i huvudsak en konflikt mellan olika etiska hänsyn. Här märks en skillnad mellan olika personalkategorier, som tycks bottna i olika yrkesmoral.

Sammantaget har det visat sig att det finns skillnader mellan organisationsnivåer och mellan yrkeskategorier i såväl etisk reflektion som i ekonomiska överväganden. Här framkommer även skillnader i begreppstolkning i en sådan utsträckning att de kan antas påverka organiseringsprocesser och verksamhetsstyrning.

Inom det medicinska området sker en snabb utveckling, där möjligheterna till förbättrade insatser ökar kraftigt men där också kostnaderna riskerar att rusa iväg. Om man beaktar att man även fortsättningsvis behöver hålla kostnadsutvecklingen för offentligt finansierad sjukvård under kontroll är det rimligt att vänta sig att behovet av prioriteringar inom sjukvården kommer att vara än större i framtiden än idag. När man allt mer sällan kan välja "både och" och istället måste nöja sig med "antingen eller" blir det allt viktigare att diskutera de etiska grundvalarna för den offentliga sjukvården – i annat fall riskerar prioriteringarna att ske på allt mer godtyckliga grunder.

Med den nuvarande rollfördelningen i prioritering och styrning ägnar sig politiken och administrationen främst åt att styra resursfördelningen avseende lokaler, personal och utrustning. Samtidigt har läkarprofessionen det avgörande inflytandet över utvecklingen av

medicinska specialiteter och över prioriteringen i mötet med patienten. Vi ser idag, några år efter Prioriteringsutredningen och senare Prioriteringsdelegationens arbete, att en väsentligt bredad prioriteringsdiskussion håller på att växa fram. När vårdens "skilda världar" möts för att förändra sättet att prioritera kommer de noterade skillnaderna i begreppstolkning att medföra än större problem än de gjort med den tidigare rollfördelningen.

## Referenser

Anell, Anders, 1994

"Sjukhusens kontrakt - Från anslag till intäkter." Stockholm: SNS Förlag.

Arvidsson, Göran och Bengt Jönsson (red), 1991

"Valfrihet och konkurrens i sjukvården." Stockholm: SNS Förlag.

Arvidsson, Göran och Bengt Jönsson, 1997

"Politik och marknad i framtidens sjukvård." Stockholm: SNS Förlag.

Bischofberger, Erwin, Elisabeth Dominique och Kerstin Hagenfeldt (red), 1995

"Medicinsk etik - från teori till praktik." Stockholm: Bonnier Utbildning.

Broome, John, 1998

"Ethics out of Economics." I Grenholm, Carl-Henric och Gert Helgesson (red) "Ethics, Economics and Feminism". Studies in Ethics and Economics, 3. Uppsala: Teologiska institutionen, Uppsala universitet.

Brorström, Björn, 1995

"Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvården." Lund: Studentlitteratur.

Collste, Göran, 1999

"Etiska principer för prioriteringar inom sjukvården." I Grenholm, Carl-Henric och Gert Helgesson (red) "Ideology in Science and Economics." Studies in Ethics and Economics, 6. Uppsala: Teologiska institutionen, Uppsala universitet.

Curtin, Leah och Josephine M. Flaherty, 1982

"Nursing Ethics: Theories and Pragmatics." Bowie: Brady.

Elmersjö, Carl-Åke, 2000

"Forskningsetik i organisationsstudier." Kommunal ekonomi och politik, 4 (2):39-53.

Fröberg, Ulf H. och Marie Gulbrandsen, 1997

"Medicinsk-etiska regler och riktlinjer. För hälso- och sjukvårdspersonal." Lidingö: Institutet för Medicinsk Rätt.

Glover, Jonathan, 1990 (1977)

"Causing Death and Saving Lives." Harmondsworth: Penguin Books.



Granqvist, Roland, 1990

"Effektivitet och produktivitet i sjukvården." Stockholm: Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet, R 1990:1.

Granqvist, Roland, 1993

"Effektivitet i ekonomisk analys." Stockholm: Thales.

Granqvist, Roland, 1994

"Stockholmsmodellens ekonomiska effekter - Vad vet vi egentligen?" Bilaga 7 i Projekt rapport 1994-13-22: Stockholmsmodellen - Problem och möjligheter. Socialstyrelsen, Stockholm.

Granqvist, Roland, 2000

"Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet." Valfärd, vård och omsorg. SOU: 2000: 38: 265-355. Forskarantologi, Kommittén Valfärdsbokslut, Socialdepartementet, Stockholm.

Hausman, Daniel M. och Michael S. McPherson, 1993

"Taking Ethics Seriously economics and contemporary philosophy." Journal of Economic Literature, 31: 671-731.

Hippokrates, 1994

"Om läkekonsten. Ur de hippokratiska skrifterna." Nora: Nya Doxa.

Husted, Gladys L. och James H. Husted, 1991

"Ethical Decision Making in Nursing." St Louis: Mosby Year Book.

Kagan, Shelly, 1998

"Normative Ethics." Oxford: Westview Press.

Kalkas, Hertta och Anneli Sarvimäki, 1996

"Omvårdnadsetikens grunder." Stockholm: Liber.

Nilsson, Viveka, 1999

"Empati och distans. En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning." Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Salzer, Miriam, 1994

"Identity Across Borders - A Study in the 'IKEA-World'." Linköping: Ekonomiska institutionen, Linköpings universitet.

Salzer-Mörling, Miriam, 1998

"Företag som kulturella uttryck." Lund: Academia Adacta.

Sen, Amartya, 1987

"On Ethics & Economics." Oxford: Blackwell Publishers.

Sköldberg, Kaj, 1991

"Reformer på vridscen. Organisationsförändringar i kommun och landsting." Lund: Studentlitteratur.

SOU 1995:5

"Vårdens svåra val." Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.

Tranöy, Knut Erik, 1993

"Medicinsk etik i vår tid." Lund: Studentlitteratur.

Tännsjö, Torbjörn, 2:a upplagan 1993 (1990)

"Vårdetik." Stockholm: Rabén & Sjögren.

Åberg, Jan-Olof, 1997

"Det rationella och det legitima: En studie av utvärderingars teori och praktik." Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet: No. 64.

Östergren, Katarina och Kerstin Sahlin-Andersson, 1998

"Att hantera skilda världar." Landstingsförbundet, Stockholm.

## Noter:

<sup>1</sup> Jerzy Einhorn var professor i radioterapi vid Karolinska institutet i Stockholm samt överläkare och chef för Radiumhemmet. Han var ordförande i den statliga prioriteringsutredningen (slutbetänkande - SOU 1995:5) och en aktiv samhällsdebator.

<sup>2</sup> Se Sen (1987, sid 78-79). För en översikt över författare som diskuterar relevansen av etisk reflektion i ekonomisk teori och praktik, se Hausman & McPherson (1993). Se även Granqvist (1990 och 1993).

<sup>3</sup> Kagan (1998) utgår ifrån common sense-moralen i sin lärobok i normativ etik. Se även Glover (1990) som ger många exempel på etiska problem i sjukvården. Tännsjö (1993) tar upp nyttotänkande, autonomi och rättvisa i vården. Autonomi, integritet och informerat samtycke diskuteras i Tranöy (1993) liksom prioriteringsproblem.

<sup>4</sup> Det empiriska materialet har hämtats från en studie av Carl-Åke Elmersjö om relevansen av etisk reflektion i ekonomisk analys till grund för organisering. I studien har, förutom omfattande dokumentstudier, genomförts deltagande observation (organisationsetnografi) under 23 månader och 114 djupintervjuer. Observationen har genomförts under deltagande i arbetet vid 6 kliniker och 3 sjukhusledningarna åren 1998-2001. Den juridiska formen för deltagandet har varit som oavlönad praktikant. Rollen på avdelningar och kliniker har varit som sjukvårdsbiträde och i sjukhusledningarna som observatör och administrativ assistent. Deltagandet har planerats in efter informerat samtycke från berörda personalgrupper. Av hänsyn till att metodvalet medför en tämligen nära kontakt med såväl personal som tredje man (bland annat i form av patienter) har inte enbart personer utan även landsting och sjukhus aidentifierats. En närmare beskrivning av de forskningsetiska övervägandena i projektet ges i Elmersjö (2000).

<sup>5</sup> En viss försiktighet i tolkningen av underlaget är dock här på sin plats. Underlaget från intervjuer och observation kan ha påverkats av en psykologisk rationalisering. En allmän vilja att se positivt på situationen finns i grunden hos de flesta bland personalen och främjas dessutom i internutbildning och intern information.

<sup>6</sup> Det empiriska materialet ger vid handen att de flesta läkare och sköterskor menar att man ännu så länge oftast klarar av att hantera dessa mjuka värden. Samtidigt ser dock en klar majoritet att utrymmet för detta minskar. Detta belyses även av Nilsson (1999, sidorna 148 - 155) där en distinktion görs mellan accepterad respektive icke accepterad resurshushållning.

<sup>7</sup> I Granqvist (2000) diskuteras såväl mättningsproblem som tveksamma teoretiska utgångspunkter tämligen utförligt.

<sup>8</sup> "DRG" är en förkortning för "diagnosrelaterade grupper".

<sup>9</sup> Ibland låter sig kanske inte mätning överhuvudtaget göras på något enkelt sätt, till exempel om ett flertal kriterier behövs för att fånga de relevanta aspekterna och det inte går att hitta någon överskådlig princip för hur de olika kriterierna ska vägas ihop

i ett gemensamt mått.

<sup>10</sup> Se Granqvist 1994, och framför allt Granqvist 2000 för ett mer ingående resonemang kring denna typ av missriktade produktivitetmätningar. Granqvist ger många tydliga exempel på hur felaktiga incitament skapas med osofistikerad ekonomistyrning.

<sup>11</sup> Läkaretiken finns åtminstone delvis kodifierad i Sveriges läkarförbunds etiska regler. Se Fröberg & Gulbrandsen 1997, sid 237-238. En klassisk källa är Hippokrates läkared (1994, sid 93-94).

<sup>12</sup> Ibland benämnd "omvårdnadsetik" se till exempel Kalkas & Sarvimäki 1996, som ger ett antal exempel där läkare och sköterskor tenderar att dra åt olika håll trots att båda grupper menar sig se till patientens bästa mer om omvårdnadsetik finns i Curtin & Flaherty 1982 och Husted & Husted 1991.

<sup>13</sup> Ekonomen och filosofen John Broome (1998) menar sig se en motsvarande skillnad mellan moralfilosofer och ekonomer i vanan vid att tänka komparativt. Många moralfilosofer skulle dock invända mot detta.

<sup>14</sup> Utredningen slår fast att vissa grunder för prioriteringar är otillåtna, så som ålder, låg födelsevikt och att en skada är självförvållad (SOU 1995:5, 128ff). Däremot ger den ringa vägledning för vilka prioriteringar som *bör* göras. För en kortfattad diskussion kring utredningen och allmänt kring prioriteringar i sjukvården, se Collste (1999).