

Utveckling av tjänsteproduktivitet inom hälso- och sjukvård

Lars Nordgren

Eftersom sjukvården saknar incitament och system för matchning av kapacitet mellan olika vårdgivare och för samordning av vårdepisoder uppstår en svår och osäker kapacitetsstyrning. Långa väntetider och ledtider mellan insatser i vården innebär också ökade risker för patienten. De bidrar även till att kapacitet och kompetens-tid utnyttjas ineffektivt. Den bristande matchningen av vård medför att potentialer inte utnyttjas fullt. Organiseringen av främst sjukhusvården kan liknas vid en byråkrati som inte har anpassat sin arbetsorganisation för att kunna ta ett helhetsansvar för patientens vårdförlopp. Det saknas agentskap som samordnar vårdresurser till förmån för patienten.

Det traditionella industriella produktivetsbegreppet problematiseras, då det begreppet ses som missvisande för hälso- och sjukvård.

Den dubbla problematiken bildar utgångspunkt för skissering av möjligheter att beskriva och utveckla en tentativ modell för tjänsteproduktivitet anpassad för sjukvårdens behov. Skisseringen görs med stöd av service management-skolan (tjänsteproduktivitet och värdeskapande), yield management-metoden och agentperspektivet. Vidare skisseras ett matchningssystem för att bättre matcha tillgänglig kapacitet i och mellan sjukvårdsenheter i syfte att eliminera vårdköer.

Med en bakgrund som ekonom, organisationskonsult och sjukhusdirektör under 30 år i hälso- och sjukvården är ekonomie doktor Lars Nordgren sedan 2003 verksam som universitetslektor och forskare vid institutionen för Service Management, Lunds Universitet. Han är sedan 2003 inriktningsansvarig för Health Management, en av fyra inriktningar vid institutionen.

Kontakt: lars.nordgren@msm.lu.se

Institutionen för Service Management, Box 882, 251 08 Helsingborg
tel.042-356632, 0730-455562

Introduktion: låg produktivitet utveckling inom hälso- och sjukvård

En gängse uppfattning i svensk sjukvårdsdebatt indikerar att service i sjukvården som tillgänglighet och

väntetider inte utvecklats väl i relation till kostnadsutvecklingen de senaste decennierna. Tvärtom anses tillgäng-

lighet och väntetider höra till sjukvårdens akilleshälar¹.

En annan uppfattning i debatten är att utvecklingen av hälso- och sjukvård inte enbart kan finansieras med offentliga medel². Möjliga åtgärder för att bemästra problematiken bedöms enligt senaste *Långtidsutredningen* bestå av ökad privat finansiering och produktivitetens utveckling. Utredningen är inte optimistisk om möjligheterna att åstadkomma en sådan inom sjukvård eller andra välfärdstjänster. Den uppfattningen illustreras av att Sverige, liksom de flesta länder, räknar med ett fast antagande för produktivitetens utveckling, noll %, i nationalräkenskaper. Detta betyder inte att den verkliga produktivitetens utveckling skulle vara noll %. Snarare är det så att räkenskaper inte mäter eller beaktar resultat och kvalitetsmått, vilket indikerar svårigheter i att mäta tjänsternas produktivitet³. Den låga produktivitetens utvecklingen förklaras vanligen med att välfärdstjänster ses som personalintensiva och därför anses svåra att rationalisera. Samtidigt följer lönerna för anställda löneutvecklingen i den konkurrensutsatta industrin, vilket medför en successivt ökande kostnadsbelastning för sjukvården, som ständigt ökar kraven på skattefinansiering och på produktivitetens utveckling. Enligt utredningen *Lakttagelser om landsting*⁴ skulle det finnas, om alla landsting effektiviserar sig i samma omfattning som det ”bästa landstinget i Sverige”, en effektiviseringspotential på lägst 30 miljarder kronor, av drygt 200 miljarder kr brutto, under en 10 - årsperiod.

Mätningar av produktivitet inom

sjukvård består vanligen av volymbereäkningar, medan resultat som återger om patienter drabbats av onödigt lidande eller dödsfall vanligen inte tas med. Den typen av effektmått börjar dock synliggöras i s.k. *Öppna redovisningar*.

Grönroos & Ojasalo (2004) argumenterar för att det tillverkningsorienterade produktivetsbegreppet är missvisande inom service sektorn, då det inte involverar kundens bidrag⁵. Även Gummesson⁶ tydliggör att kundens bidrag till värdeskapande, som inte tidigare inräknats i produktiviteten, påverkar produktivitet och kvalitet. Som Bloor och Maynard⁷ hävdar “health care systems still approach the measurement and management of productivity with a fixation on activity” medan Gummesson⁸ samt Berry och Bendapudi⁹ anser ‘health care service productivity’ vara underutvecklat. Sammanfattningsvis drivs tesen att produktivetsmätningar för sjukvård inte bör göras med den begreppsapparatur och de metoder som härstammar från industriell verksamhet, då metoderna anses som missvisande¹⁰.

Syfte och disposition

Då produktivetsbegreppet från tillverkande verksamhet knappast är relevant för hälso- och sjukvård (se ovan) är syftet att visa på *möjligheter* att utveckla en tentativ modell för tjänsteproduktivitet, inte att utveckla den fullständigt. Först problematiseras hur organiseringen av det medicinska arbetet skapar hinder för god kontinuitet mellan patient och läkare och för samordning av vårdförlopp. Därefter diskuteras problematiken kring

tillgänglighet varpå följer en analys av några teorier, tjänsteproduktivitet och värdeskapande samt agentteori, och en metod, yield management. Dessa används för att utveckla en tentativ modell för tjänsteproduktivitet, som kan tillämpas för att lösa praktiska problem.

Problematik

Hur sjukvårdsarbete organiseras påverkar möjligheterna att skapa god kontinuitet i vården. Den vertikala uppdelningen av det medicinska arbetet, ofta kallad stuprörsorganisation, liksom sjukhusläkarnas organisatoriska knytning till arbetsscheman och fasta positioner skapar bristande möjligheter till samordning av vårdförlopp för patienter som vanligen sker horisontellt och inte vertikalt¹¹. Sjukvården kan därför liknas vid en byråkrati¹² som inte har anpassat sin arbetsorganisation för att kunna ta ett helhetsansvar för patientens vårdförlopp. Patienten slussas från en station till nästa och så vidare, vilket bidrar till att skapa bristande sammanhang och kontinuitet i förhållandet läkare och patient.

Som nämnts ovan finns det omfattande brister i tillgängligheten av sjukvård. Ett skäl till bristen kan vara att ett system som producerar vård inom begränsade ekonomiska ramar producerar för lite vård i förhållande till efterfrågan. En annan orsak kan vara att drivkrafter för utveckling av sjukvården inte primärt är inriktade på att gynna utveckling av managementsystem för samordning av vårdförlopp för patienter¹³. Samordning av kapacitet mellan olika vårdenheter

uppfattas också som bristfällig. Det saknas t.ex. samlad information som underlag för planering av kapacitet över gränser. Fenomenet illustreras av att det kan finnas tillgängliga resurser i ett landsting samtidigt som det finns brist inom ett annat.

Att det finns outnyttjad kapacitet i sjukvården kan förklaras av säsongsmässiga variationer av sjukdomsfrekvens under ett år¹⁴ och av att det förekommer tombäddstid, som är den tid som en sjukhussäng står tom mellan ut- och inskrivning av patienter¹⁵. Motsvarande tid på operationsavdelningar kan avse den tid för byten som förflyter mellan två operationer. Ett ytterligare skäl handlar om svårigheter att kommunicera journalinformation och remisser. Ett tungt vägande skäl handlar om att vårdenheterna enligt hälso- och sjukvårdslagen främst är hänvisade att svara upp mot behovet för en geografiskt definierad befolkning (landstingsområdet) och därför inte tillräckligt samverkar med vårdenheter i andra landsting för att lösa sin uppgift. Patientens möjlighet till valfrihet och vårdgaranti inskränks därmed.

Sjukvårdens tjänster utmärks vidare av att de inte kan lagras till ett senare tillfälle. Det är således ett misstag att likställa sjukvårdstjänster med produkter¹⁶. Ett visst tillfälle till vård som inte verkställs, som en planerad operation, leder till minskat värde för sjukhuset och för patienten.

Sjukvårdens kostnadsstruktur karakteriseras av höga fasta kostnader i utrustning, lokaler och fast anställd personal. De marginalkostnader som tillkommer vid behandlingar och be-

sök som görs är vanligen betydligt lägre än de fasta, varför de är av intresse att kunna utnyttja de fasta tillgångarna väl i syfte att öka tillgängligheten. De beställningssystem som används för att reglera efterfrågan på sjukvård förvärrar denna problematik. Om t.ex. sjukhusets beställningsvolym är för liten i förhållande till efterfrågan kan detta medföra att ett sjukhus har slutfört sitt beting av operationer innan budgetåret är slut samtidigt som det finns en kö och ledig kapacitet som inte utnyttjas, således en orsak till ineffektivitet.

Ytterligare problem för patienter och vårdgivare är att regler för valfrihet och vårdgaranti anses som svårtolkade och svåra att överblicka¹⁷. Likaså saknas information för patienter om den kvalitet som gäller olika behandlingsalternativ¹⁸. För patienternas del infördes i november 2005 en nationell vårdgaranti med syftet att förbättra tillgängligheten på sjukvård. Garantin sammanfattas under parollen 0 - 7 - 90 - 90, där siffrorna symboliserar antalet dagar som en patient behöver vänta för att få tillgång till primärvård, läkarbesök, specialläkare och behandling. Från det att patienten fått en remiss till specialläkare kan det ta upp till ett halvt år, innan behandling ges. För många patienter kan detta inte anses vara en kort tid. Det är dock osäkert om vårdgarantin kommer att få en långsiktig effekt på vårdköer och tillgänglighet och om den kan ses som ett bindande åtagande för landstinget¹⁹.

Det förda resonemanget om bristande samordning och tillgänglighet, samtidigt som det tycks finnas en po-

tential till effektivisering, indikerar behov av att utveckla produktiviteten.

Teoretisk referensram

Tankegången i texten bygger på att se sjukvård som tjänst: "the application of specialised competencies (knowledge and skills) through deeds, processes, and performances for the benefit of another entity or the entity itself"²⁰. Den hämtar sin utgångspunkt i den tjänstefiering som pågår av samhället och i den omdefiniering som pågår av tjänsteproduktivtetsbegreppet²¹ och av att se kunden som värdeskapare och medproducent²². Tankegången kompletteras med aspekter av yield management²³ och agentteori²⁴.

Metod

Efter att ha arbetat med ledning och organisering av sjukhus under lång tid och kommit i kontakt med produktivtetsbegreppet, har jag fått en viss förståelse av begreppet. En kvardröjande erfarenhet förknippar jag med möjligheter, men också med hinder kring att skapa samarbete mellan närliggande sjukhus i syfte att använda varandras kapacitet vid behov.²⁵ Jag använder även ett arbete som handlar om effektivitet i hälso- och sjukvården som beskrivs i den kommande boken *Recept för värden - Effektivitet i sjukvård och äldreomsorg* (Cederkvist 2008). Vidare har jag analyserat officiella texter samt teoretisk litteratur som knyter an till teori ramen.

Material

Använda texter är:

- Service management - litteratur med fokus på värdeskapande (Normann

och Ramirez 1994, Normann 2001, Prahalad och Ramaswamy 2004) och tjänsteproduktivitet (Grönroos 2002, Grönroos och Ojasalo 2004).

- En analys av ett servicemöte inom hälso- och sjukvård (Nordgren 2008).
- Officiella texter: *Långtidsutredningen 2003/04* (Finansdepartementet 2003/04), *Iakttagelser om landsting* (Finansdepartementet 2005), *Jämförelser mellan landsting och regioner ur olika perspektiv* (Sveriges kommuner och landsting 2006).
- En antologi: *Recept för vården - Effektivitet i sjukvård och äldreomsorg* med artiklar skrivna av brukare och professionella. (Cederkvist 2008).

Tentativ modell för tjänsteproduktivitet

Initialt används Grönroos²⁶ definition av tjänsteproduktivitet: *en funktion av intern effektivitet, extern effektivitet och kapacitetsutnyttjande*. Produktivitet i tjänsteverksamhet ses inte som en intern fråga för organisationen. I sista hand bestämmer kunderna produktiviteten²⁷. Till skillnad från det industriella produktivetsbegreppet bygger tjänsteproduktivitet på att kvalitet inte ses som en konstant utan varierar. Kvalitet måste därför beaktas speciellt, vilket medför att kundens värdeskapande blir centralt i analysen (se ”Extern effektivitet”).

Intern effektivitet

Med intern effektivitet avses att uppnå en viss volym eller mängd och om att styra resursåtgången effektivt. Det gäller att öka kostnadseffektiviteten utan att försämra kvalitet för kunder. Exempel på metoder för höjd

kostnadseffektivitet kan vara att se över de inre processerna och undvika upprepning av undersökningar som redan är gjorda eller att fylla i blanketter med uppgifter som redan finns. Det kan också handla om att se till att patientjournaler hålls tillgängliga och följer patienten. Risken med att sänka kostnader genom besparingar är att kvalitet på verksamhet och bemötande sjunker (Grönroos 2002).

Extern effektivitet

Med extern effektivitet avses kundens upplevda kvalitet i sin värdeskapande process. Enligt Normann och Ramirez²⁸ bör människor ses som ‘värdeskapare’, inte som ‘värdeförintare’, en syn som emanerar från ordet ‘consummate’, i betydelsen utveckla och bygga upp:

Customers engage in activities to achieve value, not only financial value, but also social, psychological, aesthetic, moral values. Inasmuch as a good supplier is one who helps the customer to create value more effectively, the supplier must be aware that more effectively’ may entail reduced cost, but much more as well. It may involve increased speed, quality or reliability; superior enjoyment; greater safety; more meaningfulness; or an almost infinite set of other parameters, whose only common denominator is that the customer and, more importantly, the customer’s customers, value them [...]

Eftersom värdeskapande varierar från kund till kund måste företaget fokusera på interaktionen med kunden och på att komplettera och matcha kundens process av aktiviteter, så att värde skapas, inte bara finansiellt värde och minskade kostnader, utan en rad andra värden.

Med värden inom hälso- och sjukvård kan avses förbättrad hälsa, livskvalitet, närhet och gott bemötande, som kunden upplever. Ändamålet med hälso- och sjukvård handlar om att främja hälsa, vilket sker om ”kunden” medverkar med motion, egenvård, förhållanden i arbetslivet och i hemmet etc. Exempel på externa effektivitetsmått som berör patienten kan vara att undvika onödiga dödsfall, smärta eller onödigt lidande, oönskade väntetider, hjälplöshet, arbete som inte tillför värde²⁹. Ett problem är att effekter av medicinska åtgärder inte redovisas systematiskt. De kvalitetsregister som finns utgör dock en kunskapspotential.

Utnyttjande av kapacitet

Den tredje delen i tjänsteproduktivtetsbegreppet avser hur väl kapacitet utnyttjas inom vårdenheter och mellan vårdenheter i syfte att tillgodose patienters behov. Servicekapacitet har beskrivits av Grönroos (2002, sid. 229) som ”Hur effektivt produktionsförmågan används för att betjäna kunderna (hög tillgång sänker kapacitetseffektiviteten, hög efterfrågan kan påverka upplevd tjänstekvalitet negativt).” Tillämpat inom hälso- och sjukvård innebär detta resonemang att vårdplatser, operationskapacitet, utrustning och personal utnyttjas väl för att tillgodose patienters behov. Det handlar om att styra och matcha efterfrågan och utbud utifrån kunskap om efterfrågans förändring och behov och om tillgänglig kapacitet. En viktig restriktion är att en bestämd del av kapaciteten måste avsättas till akut beredskap.

För att skapa produktivitet är det rimligt att koncentrera sig på patientens värdeskapande eftersom patienten är den som använder tjänsten och upplever värdet.

Från patient till värdeskapande kund

Traditionellt beskrivs patientens position som svag och beroende av sin omgivning med låg grad av inflytande. Synen på patienten har dock via ökat inflytande från management- och marknadssynsätt samt rättighetstänkande under slutet på 1900-talet gradvis förskjutits mot en syn som mer har karaktär av konsument och kund³⁰. Den person som behöver vård ses som någon som informerar sig, söker vård, gör egna val och deltar i vården av sig själv. Betydelsen av kundbegreppet har förskjutits från betalare och mottagare av en tjänst från en producent, via medverkare, till att bli en värdeskapare³¹.

Värde och värdeskapande i interaktion

Huvudpoängen med värdeskapande är att det uppstår i interaktion mellan kunder och producenter³². Kunder producerar värde tillsammans med servicegivaren istället för att konsumera i betydelsen förbruka. Denna tes hyllades även i den av Gary Becker lanserade konsumentteori inom nationalekonomin som bröt mot föreställningen om att betrakta kunden som en slutfaktor³³. Enligt denna teori producerar kunden de tillfredställelser som hon sedan konsumerar. Därför krävs tidig medverkan i utbytesprocessen med servicegivaren och

därefter i att disponera den egna tid som går åt för att uppnå värde i konsumtionen. I linje med Becker hävdas att konsumenten producerar sin egen hälsa³⁴, där hälsa ses som ett värde. Normann³⁵ använde termen värdeskapande för ”sådan värde som kan mätas i ekonomiska termer utan att för den skull bortse från andra.” Att utgå från att ekonomin skulle vara helt penningbaserad stämmer inte eftersom många transaktioner sker med hjälp av byteshandel. För sjukvården skulle lösningen kunna bli att aktörer samproducerar värde utan att fakturera varandra.

Värdeskapande handlar inte om att köpa och sälja och tillfredsställelse kan inte nås utan en god dialog, som formar relationen mellan patienten och läkaren/sjuksköterskan³⁶ medan fysisk bekvämlighet och vänligt bemötande endast kan reducera patientens missnöje.³⁷ Patientens upplevelse kan också vara förknippad med en känsla av förtroende³⁸.

Genomlysningen av begreppet värdeskapande visar att begreppets olika innebörd/er inte kan fångas i ett och samma mått. Det skiljer sig från det hälsoekonomiska synsättet på nyttovärde, som genom att reducera värde till ett mått på nytta, försöker standardisera och enhetliggöra beskrivningen av nyttovärde³⁹. En skillnad mellan hälsoekonomi och service management handlar om att s.k. ”benefiter” inom hälsoekonomi anses kunna mätas och värderas som kronor. En sådan reduktion till kronor är orimlig enligt service management. En annan skillnad handlar om att det enligt hälsoekonomins kostnadsnyttoanalys

skulle vara möjligt för enskilda personer att göra egna val av livskvalitet kopplad till olika stadier av hälsa och att det skulle vara möjligt att beräkna antalet återstående år med en viss kvalitet. Den mest använda modellen inom kostnadsnyttoanalys använder sig av ett mått, QALY, som betyder kvalitetsjusterade levnadsår. Måttet består av två komponenter, ett som avser antalet år och ett som avser kvaliteten på livet under olika hälsotillstånd som varierar. Dessa komponenter multipliceras med varandra och resultatet blir antalet QALY. En nackdel med QALY är att det inte beaktar kundens egna upplevda kvalitet och erfarenhet.

Låt mig förklara skillnaden mellan medicinsk kvalitet och det värde som en person upplever med ett exempel hämtat från ögonsjukvården. Om en person behandlas för dålig syn kan resultatet av behandlingen bedömas dels genom att läkaren anger synskärpa (medicinskt) dels genom att den behandlade personen ger uttryck för sin egen upplevelse av synförmåga och synskärpa. Ett annat exempel skulle kunna handla om synen på fetma som kan uppfattas antingen som ett medicinskt begrepp eller som en upplevelse av livskvalitet.

En annan intressant fråga handlar om hur synen på vårdköer har utvecklats. Vilket operationellt värde tillmäts den vårdsökandes kötid? Genom att införa en nationell vårdgaranti har politiker visat att de uppfattar vårdköer som ett problem. Då riksdagen även beslutat om att tillföra ekonomiska medel tydliggörs att köerna bör reduceras, men de har även

visat att de som väntar i kön representerar ett ekonomiskt värde. Om köer och väntetider reduceras skapas därför ökat värde för medborgare. Enligt ekonomisk teori kan värdet av tiden i vårdkö beräknas som dess alternativkostnad, dvs. den inkomst som går förlorad vid varje förbrukad tidsenhet. Johannesson et al. studerade patienters betalningsvilja för att reducera sin väntetid från 3 månader till sex veckor⁴⁰. Studien, från 1995, visade att i genomsnitt var patienter beredda att betala 2000 kronor per år som en försäkring, utöver skatt, för att uppnå denna reduktion. Internationella studier ligger i linje med den svenska⁴¹.

I detta avsnitt har olika synsätt på värdeskapande inom hälsa åskådliggjorts. Sammanfattningsvis konstateras att värden som kvalitet, tid och pris, enligt service management, skapas i kundens processer. I nästa avsnitt analyseras hur yield management och agentteori kan bidra till utvecklingen av tjänsteproduktivitet.

Yield management bör kunna tillämpas inom hälso- och sjukvård

Yield management är en metod för att öka intäkter (kan här jämföras med värde) genom förbättrat kapacitetsutnyttjande. Metoden emanerar från flygindustrin som började använda begreppet under 1970-talet, grundas på en kombination av mikroekonomisk teori och service management⁴². Vanligen beskrivs yield management som en metod för serviceföretag att styra sin kapacitet så att kunder ges rätt serviceerbjudande vid rätt tidpunkt för kunden. Efterfrågan och utbud skall matchas. Det gäller att vid ett visst

tillfälle skapa god balans mellan efterfrågans variation och det utbud av vård som är tillgängligt. Nödvändiga förutsättningar för att tillämpa yield management utgörs av att organisationen förfogar över en viss kapacitet och att tjänster inte kan lagras, av att efterfrågan kan segmenteras och styras, genom prissättning och av låga marginalkostnader för att producera fler kundtjänster.

Inom flygbranschen räknas prestationer som avkastning i yield per mile och inom hotell som total rumsintäkt ggr 100 dividerat med maximal rumsintäkt. Lediga flygstolar respektive hotellsängar kan inte jämföras med lediga vårdplatser som disponeras för akuta behov. Institutionella förutsättningar skiljer sig åt och sjukvården bör inte likställas med affärsverksamhet. Detta är dock inga vägande skäl mot att pröva om yield management - tänkandet kan användas inom sjukvården, t.ex. för att planera bokning av kapacitet för att undvika över- resp. underutnyttjande.

En genomgång av forskning visar att yield management inte saknat tillämpning i sjukvården, även om det skett sporadiskt. Metoden har t.ex. tillämpats, med positivt resultat, på en klinik för överviktiga med komplikationer⁴³. Grundläggande förutsättningar för yield management som fast kapacitet, möjligheter till segmentering och differentierad prissättning, gäller även icke vinstdrivande organisationer⁴⁴:

"...certain medical facilities, humanitarian or religious organizations, retirement homes, public broadcasting stations, legal or accounting clinics, and (most) educational institutions,

are characterized by both the aforementioned business conditions and a desire to pursue social goals through pricing. Even though profit maximization is not the primary goal of these institutions yield management techniques can help them attain their goals more efficiently....“

Här uppmärksammas betydelsen av de sociala mål som sätts upp av organisationer som inte är vinstdrivande. Målen påverkar hur prissättningen⁴⁵ av tjänster sker jämfört med prissättning inom kommersiell verksamhet, men bör inte hindra användandet av yield management⁴⁶. Slutsatsen är att det är rimligt att pröva yield management inom hälso- och sjukvård.

Agentteorin pekar på en möjlig väg att stödja patienten

Jag har tidigare nämnt att organisationen av det medicinska arbetet leder till fragmentering, bristande sammanhang och bristande kontinuitet i förhållandet läkare och patient. Kanske kan agentteori och idén om en agent som företräder patienten användas som inspiration för att förbättra kontinuiteten. Agentteori hämtar sina utgångspunkter i ett kontraktstänkande och har sina rötter i politik samt i utövandet av ägande och styrning⁴⁷. Teorin innefattar begreppen principal, som är huvudman och agent, som är fullmaktsinnehavare. Principalen vill få ett uppdrag utfört och delegerar därför beslutsrätten till agenten, som utför uppdraget. Relationen mellan en läkare och patienten som ber läkaren om en diagnos är ett exempel på en principal-agentrelation (motsvarande exempel kan vara kunden - taxichauffören eller frisören)⁴⁸.

Med stöd av agentteorin är tanken att patienten i en position som principal delegerar sin beslutanderätt till en eller flera företrädare som företräder och tar tillvara patientens intressen, och som lotsar patienten i vårdssystemet till rätt kompetensnivå⁴⁹. Motivet för delegeringen är att principalen erkänner sig vara oinformerad om behandlingsalternativ. Patienten förväntas föra över projektledarskapet över sin process till agenten som tillvaratar patientens intressen som om de vore de egna. Hur ansvar för behandling och läkemedel, riskbedömning samt information skall fördelas kan utformas i ett kontrakt.

Kritik⁵⁰, som ofta riktas mot principal – agentrelationen, handlar dels om ofullständig information och kunskap, vilket betyder att alla egenskaper hos principal och agent inte är kända vid ingåendet av kontraktet dels om asymmetrisk information, som betyder att parterna har olika information och kunskap. Dessutom behöver inte principalens respektive agentens intressen sammanfalla. Det skulle kunna vara så att agenten försöker maximera intäkter och minimera kostnader medan principalens önskan handlar om förbättrad hälsa och välmående. Problemet för principalen handlar därför om hur hon skall förmå eller styra agenten att tillvarata hennes intressen och uppträda som goda agenter. För att åstadkomma detta bör det ideala förhållandet agent - patient utgå från ett kontinuerligt relationsbaserat förtrouende mellan läkare och patient, och inte ett affärsmässigt kontrakt mellan köpare och säljare, eftersom patienten befinner sig i, som nämnts

ovan, en assymetrisk relation till läkaren. Detta stämmer väl med etablerad service management teori⁵¹. En kontinuerligt och långsiktig relation skapar gynnsamma förutsättningar för att öka patientens kunskap som kan användas för att bättre styra agenten och därmed underlätta för denne att remittera ”rätt”. Kostnader för att lära känna patientens historia, kontext och preferenser kan också reduceras genom en kontinuerlig relation⁵². Det ersättningssystem som används bör inte få motverka relationen.

Det är rimligt att tänka sig att distriktsläkaren i primärvården respektive den patientansvarige läkaren vid sjukhus agerar som agenter för patienten. Vi får då två agenter i systemet, vilket är en mindre god lösning jämfört med en agent. Ett annat problem med att låta distriktsläkare och patientansvarig läkare (PAL) vara agenter för patienterna handlar om att dessa positioner inte har försetts med tillräckliga förutsättningar och inte uppfattas sakna tillräckliga drivkrafter för att kunna fungera fullt ut enligt agentteorin?. Tvärtom betraktas positionerna som svaga. Det är också vanligt att läkaren samtidigt har ett uppdrag från landstinget (huvudman), t.ex. att ingå i en jourorganisation, med långa frånvaroperioder, vilket försämrar möjligheterna till god kontinuitet.

Det är vanligt att tala om en patient-läkarrelation och kontrakt i en allmän och vag mening, men det är ovanligt att tala om att en läkare har det fulla ansvaret för sin patient, t.ex. för en kvinna i 85-årsåldern som bor på ålderdomshem. Barbro Westerholm

framhöll vid ett seminarium på KI-LÉN (2005-11-17) att organiseringen av relationen vanligtvis utmärks av ett glidande och oklart ansvarsförhållande. Westerholm framförde idén om att det bör finnas en läkare (motsvarar agenten) som tar hela ansvaret för patientens process. Detta skulle kräva att patienten delegerar makt och ansvar till läkaren⁵⁴. Andra exempel på agenskap är idén om en guide, en lots eller en case manager som tillämpas inom psykiatrisk verksamhet.

Problem som kan lösas

I detta avsnitt analyseras problem som kan lösas med stöd av samordning/matchning och med agenskap?

För patienter är följden av bristande samordning av insatser en lägre grad av tillgänglighet till vård än vad som skulle vara möjligt. Irrationella vårdflöden utgör en ökad risk för patienten men bidrar även till att vårdkapacitet och kompetens utnyttjas ineffektivt. Långa väntetider till och mellan insatser i vårdförloppet innebär också risk för fördyring, då extra insatser kan behövas. För att motverka irrationella vårdflöden kan en möjlighet vara att samordna resurser (kompetens och tid) och processer⁵⁵ under hela patientens vårdförlopp⁵⁶.

En annan aspekt är att samarbetet och integrationen mellan olika vårdgivare inte anses vara tillräckligt utvecklat och ta för lång tid i anspråk⁵⁷. Detta har sin grund i frånvaro av system för matchning av kapacitet jämte brister i informationsprocessen, vilket underminerar möjligheterna att snabbt erbjuda och leverera vårdtjänster. Om vårdkapacitet inte matchas till patienten

ten kan det uppstå situationer i vilka patienten riskerar att erbjudas inadekvat vård eller ingen alls. Att utveckla en metod och ett synsätt för matchning av erbjudanden om vård till patienter i samverkan mellan landstingen bör, om den används, bidra till ökad tillgänglighet. Ledningens mål bör vara att matcha kapacitet i syfte att komplettera patientens process⁵⁸.

Som nämnts under avsnittet ”Problematik” utmärks sjukvården av en hög andel fasta kostnader. De marginalkostnader som tillkommer vid produktion av fler behandlingar och besök som görs är vanligen betydligt lägre än de fasta. Sjukvårdens tjänster utmärks vidare av att de inte kan lagras till ett senare tillfälle. Det är därför av intresse att kunna utnyttja de fasta tillgångarna på en högre nivå än f.n. En metod för att kalkylera och att ”räkna hem” tillkommande kostnader och det mervärde som skapas bör därför utvecklas och tillämpas.

För att möjliggöra en stabil och trovärdig vårdgaranti samt öka valfriheten bör en idé, som bygger på yield management och agentskap, vara att utveckla metoder för att ”matcha” vårdkapacitet till patienten, (idén utvecklas inte här). Sjukhusledningens mål bör vara att matcha kapacitet och kompetens i syfte att komplettera kundens process⁵⁹.

Konklusion

Sjukvården utmärks av komplex organisation och bristande samordning. Det saknas en organisation för hur patientens vårdtjänster kan matchas. Då sjukvården saknar system för matchning av kapacitet mellan vårdgivare

och samordning av vårdepisoder uppstår en svår och osäker kapacitetsstyrning, som resulterar i långa väntetider och ledtider mellan insatser, vilket innebär ökade risker för patienten, då situationer kan uppstå där patienten kan hamna på fel vårdnivå. Den bristande samordningen bidrar till otillräckligt kapacitetsutnyttjande, vilket underminerar möjligheter att erbjuda fritt vårdval och vårdgaranti.

I artikeln analyseras det traditionella produktivetsbegrepp från tillverkande industri, som vanligen används inom sjukvården och som inte räknar med kundens bidrag avseende värdeskapande (ses som bättre hälsa). Produktivetsmätningar för hälso- och sjukvård bör inte göras med den begreppsapparat och de metoder som härstammar från industriell verksamhet, då metoderna är missvisande.

Analysen visar på möjligheter att utveckla en alternativ modell för ökad tjänsteproduktivitet för sjukvården, med stöd av service management (värdeskapande), yield management och agentteori.

Vidare skisseras en idé för matchning av kapacitet, som bygger på att vårdgivare samverkar över landstingsgränser.

För sjukhusdirektörerna skulle en användning av modellen inkl. matchningssystemet innebära en möjlighet att förbättra kapacitetsutnyttjandet på ”sitt” sjukhus och minska vårdköer. För patienter skulle en förbättrad tillgänglighet möjliggöras.

Noter

- 1 WHO 2000, Hanning 2005, Prop. 2004/05:1, Finansdepartementet 2005: "Att få bort väntetider och köer för besök och behandlingar är enligt vår uppfattning den strategiskt sett viktigaste åtgärden om man vill behålla en ofentligt finansierad sjukvård med lika villkor för alla medborgare (ibid., sid. 84).
- 2 Finansdepartementet, Långtidsutredningen 2003/04, sid. 133-159.
- 3 Mätinstrument utvecklas f.n. av Statistiska Centralbyrån3 (Hagén & Hagsten 2007, sid. 36.)
- 4 Finansdepartementet 2005, sid. 83.
- 5 Grönroos och Ojasalo 2004. För en kritik av det tillverkningsorienterade produktivetsbegreppets tillämpning på service se även Grönroos 2002, sid. 230-232
- 6 Gummesson 1998, sid. 8
- 7 Bloor och Maynard 2006, sid. 1259
- 8 Gummesson 2004
- 9 Berry och Bendapudi 2007
- 10 Andersson 2005.
- 11Vinge 2005, sid. 110 som associerar till maskinbyråkrati.
- 12Vinge 2005
- 13 Anell 2004
- 14 Chapman och Carmel 1992, sid. 48
- 15 Jonsson 1995
- 16 Se även Vargo, och Lusch 2004 som hävdar tjänsters ökade betydelse i kunders värdeskapande.
- 4 Finansdepartementet 2005
- 18 Ibid.
- 19 Nordgren 2006
- 20 Vargo och Lusch 2004, sid. 2
- 21 Grönroos 2002
- 22 Normann, 2001, Vargo och Lusch 2004, Prahalad och Ramaswamy 2004
- 23 Kimes 2000
- 24 Eisenhardt 1989
- 25 Se Nordgren 2003, Introduktion
- 26 Grönroos 2002
- 27 ibid.
- 28 Normann och Ramirez 1994, sid. 62-63
- 29 Förslag från The Institute for Healthcare Improvement, Finansdepartementet Ds 2005. 7, sid. 43
- 30 Nordgren 2003
- 30 Ibid.
- 31 Ramírez 1999
- 32 Becker 1964
- 33 Folland et al 2004
- 34 Normann 2001, sid. 23, jämför även med Normann och Ramirez 1994
- 36 Lindqvist och Persson 1997
- 37 Enligt Gummesson 1998, sid. 8 kan interaktionen ibland vara både intensiv och nära
- 38 Nordgren och Fridlund 2001
- 39 Drummond et al. 1997
- 40 Johannesson et al. 1998, sid. 1227-1228 i Cullis, Jones och Propper 2000
- 41 Ibid.
- 42 Kimes 2000
- 43 Chapman och Carmel 1992
- 44 Metters och Vargas 1999 sid. 216
- 45 Vanligen handlar yield management dels om prissättning i förhållande till en indelning av kunder i olika klasser eller om att allokera resurser då man utgår från ett bestämt pris.
- 46 Kimes 2000 pekar på denna möjlighet och visar på exempel från branscher som bör kunna inspirera värden.
- 47 Eisenhardt 1989
- 48 Styrelsen – verkställande ledning eller ledningen – den anställde är andra exempel på principal - agentrelation.
- 49 Folland et al, sid. 195
- 50 Folland et al, sid. 195-196
- 51 Grönroos 2002, Normann 2001
- 52 Folland et al, sid. 196
- 53 Lettval och Lampou 1999
- 54 Folland et al 2004, sid. 196. För en diskussion om relationen patient-läkare se även Nordgren 2005.
- 55 Processer inom sjukvården, som diagnostik och behandling, likställs ofta med processer inom industrin. Det industriella processbegreppet beskriver vanligen aktiviteter i en linjär kedja, som är sekventiell och förutsägbar. Sjukvården karakteriseras snarare av att professionella medarbetare samverkar i konstellationer. Moderna processdefinitioner talar om nätverk av flöden. Processen är där ett öppet system med fritt flödande information, som inte är linjärt. Sjukvården påminner snarare om det sistnämnda.
- 56 Enligt Eriksson 2005 bör man se över med vilka tidsmässiga, kompetensmässiga och övriga resurser och processer som sjukvård produceras.
- 57 Åhgren 2005, sid. 9 visar att det finns olika hinder mot integration i närsjukvård. Aktiviteter som förbättrar integration bör riktas direkt till patienter för att öka tillgängligheten.
- 58 Normann och Ramirez 1994
- 59 Normann och Ramirez 1994

Referenser

- Anell, A. (2004). *Strukturer Resurser Drivkrafter*, Studentlitteratur, Lund.
- Andersson, Thomas. (2005). *Hälsa och lärande*.

- Frågor för hälso – och sjukvårdssystemet. Vinova Rapport VR 2005:06.
- Becker, G. (1964), *Human Capital*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Berry, L.L. och Bendapudi, N. (2007), "Health Care: A Fertile Field for Service Research", *Journal of Service Research*, Vol.10 No 2, pp. 111-122.
- Bitner, M.J., Faranda, W.T., Hubbert, A.R. och Zeithaml, V.A. (1997), "Customer contribution and roles in service delivery", *International Journal of Service Industry Management*, Vol.8 No 3, pp. 193-205.
- Bloor, K. och Maynard, A. (2006), "The productivity of health care", *Health Economics*, Vol. 15, pp. 1257-1259.
- British Medical Journal (2006), "Health care productivity", Vol. 333, pp. 312-313.
- Cederkvist, J.(forthcoming) (2008), *Recept för vården - Effektivitet i sjukvård och äldreomsorg*, SNS.
- Chapman, S., N. och Carmel J., I. (1992), "Demand/capacity management in health care: an application of yield management", *Health Care Manage Review*, Vol. 17 No. 4, pp. 45 - 54.
- Cullis, John, G., Jones, Philip, R. och Propper, Carol. (2000), "Waiting Lists and Medical Treatment: Analysis and Policies", i Culyer, Anthony, J., Newhouse och Joseph, P. *Handbook of Health Economics*. 2000. Vol. 1 B, 1201-1249, Elsevier.
- Dagens Medicin (2005-09-20).
- Drummond, M. F., O'Brien, B.J., Sculper, M.J., Stoddart, G. L. och Torrance, G. W. (1997) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (2 ed.). Oxford: Oxford University Press Inc.
- Eisenhardt, K. M. (1989), "Agency Theory: An Assessment and Review", *Academy of Management Review*, Vol.14, pp. 57-74.
- Finansdepartementet (2003/04), *Långtidsutredningen*.
- Finansdepartementet (2005), *Iakttagelser om landsting*. Ds 2005:7.
- Folland, S., A., C. Goodman. och Stano, M. (2004), *The Economics of Health and Health Care* (fourth ed.), Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- Grönroos, C. (2002), *Service Management och marknadsföring – En CRM Ansats*, Liber, Malmö.
- Grönroos, C. och Ojasalo, K. (2004), "Service Productivity - Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in service business", *Journal of Business Research*, Vol. 57 No. 4, pp. 414-423.
- Gummesson, E. (1998), "Productivity, quality and relationship marketing in service operations", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 10. No. 1, pp. 4-15.
- Gummesson, E. (2004), *Many-to Many Marketing. Från one-to-one till many-to-many*, I nätverksekonomin marknadsföring, Liber Ekonomi, Malmö.
- Hagén, H.-O. och Hagsten, E. (2006), "Därför behöver produktiviteten i den offentliga sektorn mätas", in Brorström, Björn, Hagén, H.-O., Hagsten, E., Kastberg, G., Magnusson, B., Malmberg, B. och Murray, R. (2006) *Mått på välfärdens tjänster en antologi om produktivitet och effektivitet i kommunala verksamheter. Rapport till Expertgruppen för Studier i Samhällsekonomi 2006:2*, Fritzes, Stockholm.
- Hanning, M. (2005), *Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy To Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996*, Thesis, Acta Universitatis, Uppsaliensis Uppsala Universitet.
- Jonsson, E. (1995), "Så mäts patientomsättning", *Dagens Medicin*.
- Johannesson et al. (1998), i G., Jones, P. R. och Propper, C. (2000), "Waiting Lists and Medical Treatment: Analysis and Policies", i Culyer, A., Newhouse, J. och Joseph, P. (2000), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1 B, Elsevier pp. 1201-1249.
- Kimes, S., E. (2000), "A Strategic Approach to Yield Management", in Ingold, A., McMahon-Beattie, U. McMahon-Beattie, U. and Yeoman, I. (Eds.), *Yield Management-Strategies for the Service Industry* (2nd ed.), Continuum, London. pp. 3-13.
- Lettvall, S. och Lampou, K. (1999), "Några aspekter på patient – läkarkontinuitet", i Lampou, K. och Andersson, B. (1999), *Studier i Sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*, Acta Universitatis Uppsaliensis, Uppsala Universitet 46, pp. 150 – 161.
- Lindqvist, H. och Persson J. E. (1997), *Kundupplevd kvalitet i tjänsteverksamheter. En analys av och kritik av den företagsekonomiska dialogen*, Kristianstads Boktryckeri, Lund.
- Metters, R. och Vargas, V. (1999), "Yield Management for the Nonprofit Sector", *Journal of Service Research*. Vol. 1 No. 3, pp. 215-226.
- Mintzberg, H. (1983) *Structure in fives*. Prentice Hall.
- Nordgren, S. och Fridlund, B. (2001), "Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 35 No 1, pp. 117-125.

- Nordgren, L. (2003), Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position, Thesis, Lund Business Press, Lund University.
- Nordgren, L. (2006), "Intåget av valfrihet och vårdgaranti i den svenska sjukvården - en diskursanalys", *Kommunal ekonomi och politik*. No 1.
- Nordgren, L. (2008), (forthcoming) "The Performativity of the Service Management Discourse - Value Creating Customers in Health Care", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22 No. 5.
- Normann, R. och Ramiréz. R. (1994), *Designing Interactive Strategy: From Value Chain to Value Constellation*, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex.
- Normann, R. (2001), *När kartan förändrar affärslandskapet*, Liber, Malmö.
- Prahalad, C. K. och Ramaswamy, V. 2004. *The Future of Competition: Co-Creating Unique Value with Customers*. Boston, Harvard Business School Press.
- Proposition (2004/05:1). Förslag till statsbudget 2005. Hälsovård, sjukvård och social omsorg.
- Ramírez R. (1999), "Value Co-Production: Intellectual Origins and Implications for Practice and Research", *Strategic Management Journal*, Vol. 20, pp. 49-65.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2006), *Jämförelser mellan landsting och regioner ur olika perspektiv* (2005), Ordförädet AB, Stockholm.
- Vargo, S. L. och Lusch, R. F. (2004), "Evolving to a New Dominant Logic for Marketing", *Journal of Marketing*. Vol. 68, pp. 1-17.
- Vinge, S. (2005), "Arbetsorganisering og organisationsförståelse i sygehussektorn", *Nordiske OrganisasjonsStudier* 2005, No 2, pp. 99- 113, Fagbokforlaget, Bergen.
- World Health Organization. (2000), *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. WHO, Geneva.
- Zwick, D., Bonsu, S.K. och Darmody, A. (2008), "Putting Consumers to Work. 'Co-creation' and new marketing govern-mentality", *Journal of Consumer Culture*, Vol. 8 No 2, pp. 163-196.
- Åhgren, B. och Axelsson, R. (2007), "Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden", *International Journal Of Health Planning And Management*. Anki Eriksson, Inlägg vid möte på KILEN 2005-11-17.
- Barbro Westerholm. Inlägg vid möte på KILEN 2005-11-17.

Summary in English

Development of service productivity in healthcare

As healthcare lacks incentives and systems for matching capacity between various care providers and for coordinating episodes of care, the result is capacity management that is both difficult and uncertain. Long waiting and lead times between healthcare efforts also entail increased risks for the patient. They also contribute towards capacity and expertise being utilized inefficiently. This defective matching of care means that potentials are not fully being utilized. The organising of hospital care, primarily, can be likened to a bureaucracy which has not adapted its organization of work in order to be able to assume the overall responsibility for the process of patient care. There is a lack of agentship in coordinating care resources for the benefit of the patient.

The traditional industrial productivity concept which was used in manufacturing industry is problematized in this text as that productivity concept is seen as misleading for healthcare.

This double set of problems forms the departure point for outlining the possibilities of describing and developing a tentative model for service productivity which is adapted to the needs of healthcare. Outlining is achieved with the support of the service management school (service productivity and value creation), the yield management method, and the agent perspective.

Additionally, a matching system is outlined in order to better match the available capacity both in and between healthcare units, with the aim of eliminating queues.

Keywords: Service productivity, value creation, matching, yield management, agentship