

Nytt ekonomiskt styrsystem kan påverka läkarnas arbetsmiljö

Ledarskap, stress och arbetsmiljö för läkare, det prestationsbaserade ersättningssystemets påverkan på arbetsmiljön, vårdens produktivitet och kvalitet i relation till den traditionella budgetmodellen var temat för ett av symposierna på 2001 års Läkarstämman under rubriken »Hur påverkar sjukvårdens nya ekonomiska styrsystem läkarnas autonomi och arbetsglädje?« Efter att ha tagit del av svenska och internationella studier kunde man konstatera att det krävs fler studier under en längre period för att kunna dra säkra slutsatser. Vidare betonades vikten av att skapa långsiktigt hälsosamma arbetsmiljöer som är stimulerande även för morgondagens läkare.

BENGT ARNETZ

professor, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för socialmedicin, Uppsala universitet

MAGNUS SVERKE

docent i psykologi, Stockholms universitet

EWA FORSBERG

med dr, samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

■ Hälso- och sjukvårdens produktivitet och kvalitet har under senare år varit föremål för en alltmer intensiv diskussion. Detta föranlett av att svensk hälso- och sjukvård som helhet varit utsatt för en kontinuerlig rationalisering sedan 1980-talet. Arbetsmiljön för hälso- och sjukvårdspersonal har enligt flera oavhängiga studier försämrats, och psykosocial stress har blivit ett allt större problem.

Nytt ekonomiskt styrsystem

Nya ekonomiska styrsystem, som bygger på prestationsbaserad ersättning (PBR), har införts i vissa landsting medan andra har behållit det traditionella budgetsystemet men krävt ökad produktion inom den befintliga budgetramen.

Tanken med PBR är att sjukhusen enbart ersätts för vad de faktiskt producerar. Enligt de ekonomiska teorierna bakom PBR borde detta leda till en större kostnadsmedvetenhet samt ett mera rationellt resursutnyttjande. Vissa forskare har dock varnat för att PBR även kan leda till sämre vårdkvalitet och arbetsmiljö.

De undersökningar som genomförts av PBR har oftast varit fallstudier. Forskarna har följt ett sjukhus och studerat effekterna på olika resultatparametrar av PBR. Sällan har man jämfört

med utvecklingen på andra liknande sjukhus, som har ett traditionellt budgetsysteem [1, 2].

PBRs påverkan på arbetsmiljön

Ledarskap, stress och arbetsmiljö för läkare och hur prestationsbaserad ersättning påverkar läkares arbetsmiljö, vårdens produktivitet och kvalitet i relation till den traditionella budgetmodellen var temat för ett symposium på Läkarstämman 2001. På symposiet lyfte man fram en rad studier som visade på ett samband mellan arbetsmiljö och vårdkvalitet. Däremot råder det fortfarande svårigheter att mäta kostnaderna inom vården. Det krävs också mera forskning om vilken roll ledarskapet spelar i relation till olika ekonomiska styrsystem.

Svensk och internationell forskning

Symposiet byggde på aktuell och delvis nydanande svensk forskning. Den hittills första internationellt publicerade studie där man parallellt har studerat produktivitet, kvalitet och läkares arbetsmiljö med prestationsbaserad ersättning (PBR) respektive budgetbaserade system presenterades [3]. Även longitudinella data från ett landstingsdrivet respektive bolagiserat sjukhus i Stockholm redovisades liksom data om hur läkare i relation till annan sjukvårdspersonal upplevt organisations- och arbetsmiljöförändringarna under de senaste sju åren.

Symposiet inleddes med en genomgång av internationell forskning om läkares arbetsmiljö och senare års utveckling med avseende på stress, hälsa, inflytande samt arbetsglädje [4]. I ett par uppmärksammade studier från England har det rapporterats att psykisk ohälsa

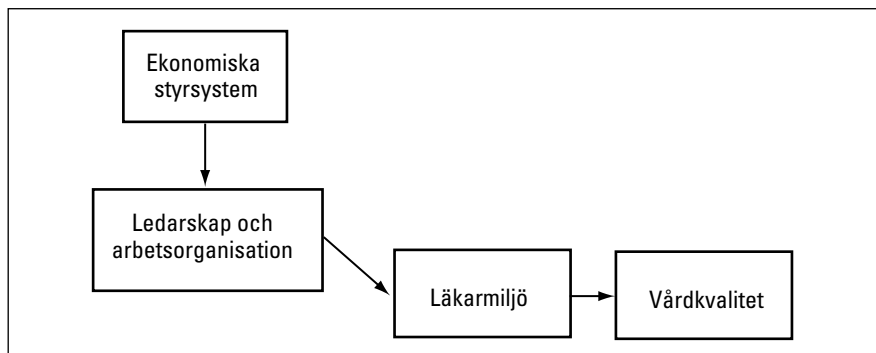
Tema: Arbetsmiljö

samt depression är betydligt vanligare hos sjukhus- och allmänläkare än hos normalbefolkningen. Ökad självmordsincidens hos både manliga och kvinnliga läkare fortsätter att vara ett problem, framför allt för kvinnliga läkare, som jämfört med kvinnor överlag respektive kvinnliga akademiker har en hög självmordsfrekvens.

När det gäller arbetsmiljöns utveckling för läkare rapporteras om ökad stress, högre prestationskrav, sämre inflytande och, i vissa studier, även minskad arbetsglädje. Anledningen till denna utveckling är mindre klar men tillskrivs en kombination av orsaker, såsom en förändrad patient-läkarrelation, ökad ekonomisering och styrning av vården samt läkares förändrade roll och status generellt i samhället. Det föreligger dock stora variationer mellan olika sjukhus i hur läkare upplever arbetsmiljön, vilket pekar på att den i hög grad påverkas av lokala faktorer, t ex ledarskap och delaktighet i verksamheten.

Arbetsmiljön påverkar vårdkvaliteten

Vid symposiet presenterades studier som i allt högre grad pekar på att det föreligger ett samband mellan vårdpersonalens arbetsmiljö och patientupplevd och medicinsk vårdkvalitet [5-6]. Bengt Arnetz avslutade med att föreslå att för att verkligen kunna uppnå målet, en patientfokuserad vård, behöver man kanske i ökad utsträckning göra vården medarbetarfokuserad. Först om medarbetarna mår väl kan de börja intressera



Figur 1. Teoretisk modell över sambandet mellan ekonomiskt styrsystem, ledarskap och arbetsorganisation samt läkarnas arbetsmiljö och vårdkvalitet.

sig för omvärldens krav på förändring och patientfokusering.

Studie av landstings- kontra privatsjukhus

Magnus Sverke redovisade en longitudinell studie av lednings- och arbetsmiljöfrågor samt ekonomiska nyckeltal, där S:t Görans sjukhus och Södertälje sjukhus jämförts [7]. Sjukhusen har följts genom regelbundna mätningar sedan 1994 för att studera organisatorisk osäkerhet, arbetsklimat, välbefinnande samt verksamhetens resultat vid ett landstingsdrivet respektive ett bolagiserat, och senare privatiserat, sjukhus.

Resultaten visar bl a att bägge sjukhusens produktivitet förbättrats sedan 1994. S:t Görans, som redan vid studiestarten var betydligt mer produktivt mätt i t ex antal vård dagar respektive arbetstimmar per DRG, fortsätter att uppvisa samma relativa fördel. Dock rapporterade Magnus Sverke att skillnaderna mellan sjukhusens produktivitet minskade under de år de studerades. Medelvårdtiden inom den akutsomatiska vården på S:t Görans sjukhus minskade från ett medelvärde på 4,2 dagar 1994 till 3,7 dagar 1998. Motsvarande siffror för Södertälje sjukhus var 5,3 till 4,3 dagar.

Personalens arbetsinlevelse och arbetstrivsel var lika vid sjukhusen. Däremot var personalens identifiering med S:t Görans sjukhus starkare och avgångsbenägenheten mindre än hos personalen på Södertälje sjukhus. För bägge sjukhusen gällde dock att arbetsbelastningen ökat liksom avgångsbenägenheten. Anställningsotryggheten skattades lägre av S:t Görans medarbetare. Även om bolagiseringen av S:t Görans sjukhus lett till en tydligare roll som vårdproducent ansåg Magnus Sverke att själva patientarbetet är relativt oförändrat.

Projektets slutsatser är att akut-sjukvård i bolagsform skapar en självständig ställning för sjukhuset i relation till beställarna, medan effekterna av bolagsformen blir mindre tydliga ju längre

ner i vårdhierarkin och ju närmare det dagliga patientarbetet man kommer. Magnus Sverke betonade att vårdproduktionen visserligen tycks underlättas genom sjukhusets relativa självständighet men att bolagsformen i sig inte ska uppfattas som en kungsväg för att uppnå mer autonoma akutsjukhus.

Jämförelse mellan PBR och budgetmodell

Ewa Forsberg redovisade resultaten från sin helt färsk, vid Uppsala universitet försvarade, avhandling om huruvida finansiella incitament verkligen har någon betydelse för produktivitet, arbetsmiljö och vårdkvalitet [3]. Detta är en mycket viktig studie, eftersom det är den första i den internationella litteraturen publicerade studie där forskare prospektivt följt läkare som arbetar inom ett prestations- respektive budgetbaserat system. Avhandlingen inbegriper inte enbart arbetsmiljödata utan har tagit med mått på produktivitet och vårdkvalitet. Ewa Forsberg har sedan 1992 respektive 1994 till och med 1998 följt en grupp läkare i Stockholms läns landsting med PBR samt elva andra landsting med traditionellt budgetbaserat system. Hon har även data från Dalarna och deras PBR-system.

Hon redovisade att oavsett finansieringssystem ökade produktiviteten, i form av vårdtidsförkortning, under den studerade perioden. Dock var produktivetsförbättringen en dag större i Stockholm än i landsting med traditionell budgetmodell. Läkarna i Stockholm angav att deras arbetsmiljö, och framför allt autonomi, försämrades snabbare än vid jämförelselandstingen. Vårdkvalitet, mätt i andel återinskrivna patienter, skiljde sig inte mellan de olika landstingen under de studerade åren. Däremot uppgav läkarna i Stockholm att de allt oftare skrev ut patienter som de uppfattade som inte färdigbehandlade, och fler läkare i Stockholm än i de andra landstingen ansåg att kvaliteten försämrats. Ewa Forsberg framhöll dock att läkare i Stockholm var mer positiva till PBR och ansåg att detta var ett bättre system för att skära kostnader än mera traditionella metoder via det årliga budgetsystemet.

Skillnaden mellan grupperna kvarstod trots att Stockholmsläkarnas entusiasm minskade under studietiden.

Fler studier krävs för säkra slutsatser

Slutsatsen av de studier som redovisades vid symposiet var att prestationsbaserade system kan, om de implementeras på rätt sätt samt förankras bland sjukhusledning och medarbetare, leda till bättre kostnadsmedvetenhet och produktivtetsutveckling utan att påverka vårdkvaliteten och arbetsmiljön negativt. Det framkom dock inget generellt stöd i hittills genomförd forskning för att prestationsbaserade system i sig leder till ett effektivare resursutnyttjande och mer rationella vårdprocesser. Det lokala ledarskapet på sjukhusen och klinikerna spelar stor roll, oavsett om det handlar om PBR eller traditionell budgetstyrning. Det krävs fortsatta studier över en längre period för att mera säkert uttala sig om effekterna av PBR-system. De ekonomiska resultatmått är också relativt grova, vilket tydligt framkom i de studier som hittills publicerats.

Produktivitetskrav hot mot arbetsmiljön

Den efterföljande diskussionen fokuserade på den aktuella situationen inom vården samt vikten av att värna om en hälsosam arbetsmiljö även i tider med allt hårdare produktivetskrav. Många framhöll vikten av att skapa långsiktigt hållbara arbetsmiljöer, som är stimulerande även för morgondagens läkare med delvis andra arbetsmiljökrav. Det framkom också farhågor om risken att systemet drivs så hårt att tiden för reflektion och eftertanke försvinner.

Referenser

1. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement in healthcare. *Scand J Public Health* 2000; 28:102-10.
2. Coulam RF, Gaumer GL. Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. *Healthcare Financial Review. Annual Suppl* 1991;45-77.
3. Forsberg E. Do financial incentives make a difference? A comparative study of the effects of performance-based reimbursement in Swedish health care [dissertation 1977]. Uppsala: Faculty of Medicine, Acta Universitatis Upsaliensis; 2001.
4. Arnetz B. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999;11:345-51.
5. Tanrow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-tear study in an adult intensive-care unit. *Lancet* 2000;356:185-9.
6. West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Quality in Health Care* 2001;10:40-8.
7. Öhrming J, Sverke M. Bolagiseringen av S:t Görans: En proaktiv organisering. Lund: Studentlitteratur, 2001.