



FÖRVALTNINGSHÖGSKOLAN

REFORMER AV DEN SVENSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

En klassindelad analys av mål

Torbjörn Jonasson Svärdsby

Program:	Kandidatprogrammet i offentlig förvaltning, 180 hp
Kurs (kurskod):	Kandidatuppsats i offentlig förvaltning, 15 hp (FH1504)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2018
Handledare:	Emma Ek Österberg
Examinator:	Gustaf Kastberg

Sammanfattning

Program:	Kandidatprogrammet i offentlig förvaltning, 180 hp
Kurs (kurskod):	Kandidatuppsats i offentlig förvaltning, 15 hp (FH1504)
Titel (svensk):	Reformer av den svenska hälso- och sjukvården
Titel (engelsk):	Swedish Healthcare reforms
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2018
Handledare:	Emma Ek Österberg
Examinator:	Gustaf Kastberg
Nyckelord:	Mål, reform, sjukvård, domänteori, ädelreformen, chefsöverläkarreformen

- Syfte:** Min studie syftar till att undersöka de mål som legat till grund för ett urval av de nationella reformerna av den svenska hälso- och sjukvården som infördes under 90-talets första hälft. Ändamålet är att utskilja målen som dessa historiska reformer är menade att uppnå och sätta dem i relation sinsemellan genom att kategorisera reformerna i olika klasser efter deras respektive mål.
- Teori:** Den teoretiska referensramen utgörs av slutsatserna från Bruno Paliers (2006) jämförande studie av europeiska sjukvårdssystem och Kouzes & Micos (1979) domänteori. Respektive teori har använts för att konstruera ett gemensamt klassifikationsverktyg som syftar till att förklara och indela reformerna efter deras mål.
- Metod:** För att uppnå studiens syfte utförs en klassindelad analys av reformerna. Det empiriska materialet som används har uttolkats ur propositionerna 1989/90:81 resp. 1990/91:14.
- Resultat:** Studien påvisar chefsöverläkarreformens och ädelreformens respektive förekomst av målsättningstyper, samt beskriver vilka av dessa som kan sägas gestalta reformen. Slutsatsen därav utgörs av själva klassindelningen vilken ämnar utgöra en beskrivande grund för de båda reformerna. Chefsöverläkarreformen kan sägas tillhöra huvudklassgrupp 2: Mångsidiga reformer och inom densamme klass 10 Vård o. servicekvalitets/ Valfrihets- o.

handlingsfrihetsreform. Ädelreformen däremot tillhör huvudklassgrupp 3:
Täckande reformer, inom den således klass 15 och är en Täckande
jämlighets/ekonomisk/vård o. serviceinriktad/ valfrihets- o.
handlingsfrihetsreform

Innehållsförteckning

1. Inledning	5.
1.1 Tidigare forskning.	7.
1.2 Problemformulering.	8.
1.3 Syfte och frågeställningar.	9.
1.4 Avgränsningar.	9.
1.5 Teoretisk referensram.	10.
1.6 Disposition.	13.
2. Metod	14.
2.1 Val av metod.	14.
2.2 Klassindelad analys.	14.
2.3 Klasser.	15.
2.4 Analysens delar.	18.
2.5 Material.	18.
2.6 Validitet och reliabilitet.	19.
3. Resultat	20.
3.1 Chefsöverläkarreformen, proposition 1989/90: 81.	20.
3.2 Sammanställning av förekommande mål.	20.
3.3 Kvalitativ analys avseende gestaltning.	22.
3.4 Ädelreformen, proposition 1990/91: 14.	24.
3.5 Sammanställning av förekommande mål.	24.
3.6 Kvalitativ analys avseende gestaltning.	26.
3.7 Slutsats.	28.
3.8 Diskussion.	29.
4. Referenslista	31.
5. E-referenslista	31.

1. Inledning

Hälsa- och sjukvård är en källa till trygghet som berör alla i samhället i varierande grad. Skydds nätet som hälsa- och sjukvård utgör kan ses som en grundläggande samhällsfunktion vars maskineri ständigt utvecklas för att kunna tillgodose nya krav och möta utmaningar allt eftersom de uppkommer. Hälsa- och sjukvård har en avgörande påverkan på den enskilda medborgarens liv och välmående, samt på ett samhällsekonomiskt plan då verksamheten huvudsakligen är offentligt finansierad. Hur hälso- och sjukvården finansieras, organiseras och styrs är således centrala frågor för ett lands medborgare. På grund av verksamhetens omfattning och skala så förfaller det knappast underligt att den är föremål för omfattande intresse och granskning inom media och forskning såväl som inom den politiska arenan. En mångfald av faktorer ådrar sig intresse och sätts under lupp av intressegrupper. Exempelvis hur sjukvården bedriver sin verksamhet och vilka effekter politiska beslut om sjukvårdens innehåll och organisation dessa mynnar ut i (Brorström (red) et. al (2000: 7–10). Sjukvårdens organisation är en fråga som de flesta kommer i kontakt med under livet. De organisationer som utgör sjukvården är till synes alltid under förändring eller omstrukturering, eller så diskuteras möjligheter till dylikt i någon form. Att sjukvården präglas av reformer, omstruktureringar och förändringar är ingen nyhet. Något som bl. a framställs av Borgert (1992) i vars avhandling det framkommer att omorganiseringar av hälso- och sjukvården har varit en vanlig företeelse i årtionden, av vilket följer att det är en bra arena för den som vill studera reformer av den offentliga sektorn (Borgert 1992: 23).

Mitt arbete riktar in sig på 1990-talets första hälft och de nationella vårdreformer som infördes under tidsperioden. För att studera reformer måste man först definiera vad man menar med reform, då det finns olika definitioner. I analysen så kommer jag att använda mig av en bred definition av reformer som ges av Pollitt & Bouckaert (2011) som definierar reformer som avsiktliga förändringar av strukturer och processer av organisationer i den offentliga sektorn med målet att få dem att fungera bättre på något sätt (Pollitt; Bouckaert, 2011:2). De nationella vårdreformer som jag valt att studera tillkom som tidigare framlagt under 90-talets första hälft och utgörs av de följande; ädelreformen (SOU 2016:2: 774–782) samt chefsöverläkarreformen (Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2000:4:7), vilka nu kommer att beskrivas mer ingående.

Först ut ibland reformerna var chefsöverläkarreformen (den så kallade chöl-reformen), vilken grundar sig i prop. 1989/90:81. Reformen innebar införandet av ett reglerat samlat ledningsansvar som skulle innehas av läkare, p.g.a. att den tidigare uppdelningen av det administrativa- och medicinska ledningsansvaret inte ansågs ändamålsenlig då en rad av verksamhetens olika delar, de medicinska, resursmässiga, organisatoriska och personella var för nära sammankopplade med varandra. Bestämmelserna avseende samlat ledningsansvar begränsades dock till de enheter där det krävdes att verksamheten leddes av en läkare med hänsyn till patienternas säkerhet i vården. Regeringen ansåg att inom andra enheter så kunde det överlåtas till sjukvårdshuvudmännen att på egen hand avgöra huruvida den som skulle leda verksamheten innehade adekvat kompetens (Prop 1989/90:81, cited in Johansson, Asplund; Damell, 2015: 32). Skyldigheten att utse en patientansvarig läkare kopplades till bestämmelsen om chefsöverläkare på så sätt att skyldigheten att utse patientansvarig läkare begränsades till de enheter som leddes av en chefsöverläkare. Chefsöverläkaren bar ansvaret för att utse patientansvarig läkare, vilken också skulle ha legitimation (Johansson, Asplund; Damell, 2015: 32).

Ädelreformen, vilken kom till år 1992, tog avstamp i en rapport som lämnades in av Äldredelegationen år 1989. Rapporten ifråga var *Ansaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27)* och innefattade förslag om att kommunerna skulle ges mer samlat ansvar för service och vård. Ädelreformen 1992 (SOU 2016:2: 775–776), vilken grundades i proposition 1990/91:14 (SOU 2011:55: 108), kom slutligen att innebära att en ny ansvarsfördelning. Inom vilken kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård vid institutioner. Läkarsatser förblev landstingens ansvar. Vidare tog kommunerna över hemsjukvården i flera landsting, i dagsläget har endast Stockholms läns landsting kvar ansvaret för hemsjukvården. Som en konsekvens av den nya ansvarsfördelningen delades primärvården upp, vilket dels mynnade ut i att tidigare arbetsförhållanden skakades om, vårdlag och tidigare samarbeten mellan yrkesgrupper drogs isär. Dessutom fick en stor mängd distriktssköterskor och undersköterskor ny ledning under kommunerna (SOU 2016:2: 775–776).

En fråga som är värd att ställa sig är vilka mål som man egentligen vill uppnå genom reformerna? Jag vill genom denna studie belysa de roller som reformernas mål utgör i reformprocessen av den svenska hälso- och sjukvårdens organisation.

1.1 Tidigare forskning

Som det framgick i inledningen så är den tidigare forskningen kring reformer och omorganisering av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och dess organisationer mycket omfattande, och mycket av den kommer tas upp vidare i uppsatsen. Härnäst följer ett urval av tidigare forskning som gjorts kring reformer och omorganisering som relaterar till det valda fokuset kring reformers mål, vilket min analys måste förhålla sig till. Forskningen som presenteras syftar till att skapa en klar bild av det aktuella kunskapsläget.

På ett allmänt plan kan vi inleda med ett inslag från ett generellt översiktligt verk. I *Public Management Reform a Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State* av Pollitt och Bouckaert framkommer i ett tidigt skede ett uttalande angående reformer och deras tilltänkta mål i anslutning till den definitionen av reformer som används i den här uppsatsen.

” It should be obvious that these different kinds of objective will sometimes trade off against each other, for example a more Spartan, efficient service that minimizes the taxpayers’ money spent on each of its activities may not simultaneously be able to increase its responsiveness to citizens or effectiveness in achieving policy goals. So, the phrase ‘in some sense’ may stand for some difficult choices and decisions about what the priorities really are. Reforms and ‘modernization’ almost always necessitate some awkward choices of this kind – decision-makers are obliged to decide what they think is most important– they can seldom hope to have everything at the same time.” (Pollitt; Bouckaert, 2011:2)

Citatet lyfter fram en central aspekt av reformer, vilken kommer att återkomma längre fram i uppsatsen, nämligen att de ofta innebär att det uppkommer en svår valsituation då målen inte sammanfaller med varandra.

Av Hurst (1991) studie av sjukvårdsreformer i sju europeiska nationer framkommer det att många länder stod inför liknande problematik avseende hälso- och sjukvård inför 90-talet. Oavsett huruvida länderna använde ett skattefinansierat sjukvårdssystem eller ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem så ökade trycket att genom olika åtgärder förbättra produktiviteten och öka kostnadskontrollen. Dessa åtgärder tog sig bl.a uttryck i flera länders försök att förändra relationerna mellan olika aktörer inom sjukvårdssystemen däribland patienterna, försäkringsgivarna och vårdgivarna genom inslag av ekonomiska incitament, konkurrens och ökade krav på sjukvården att redovisa sina resultat. Utformningen av

åtgärderna skiljde sig mellan länderna beroende på nationsspecifika förhållanden, dock så är problemen som uppstod inom de olika sjukvårdssystemen i stort sett likartade oavsett den nationella miljön (Hurst, J. 1991. Reforming Health Care in Seven European Nations. Health Affairs, 10:7-21, cited in SOU 1993:38:27).

Leif Borgert (1992) behandlar i sin avhandling organiseringen av den svenska sjukvården där han diskuterar organisering som mode. Han framställer bland annat att omorganisering sker dels i syfte att verksamheten skall uppnå modernitet eller åtminstone framstå som modern och aktuell, dels sker det för att reda ut de problem som berörda parter och aktörer finner att verksamheten står inför (Borgert, 1992: 228). Vidare tycks landstingen använda sig av liknande modeller för organisering av verksamheten under samma tidsspann, vilket kan förklaras dels med externa faktorer, såsom den kultur som råder inom den politiska arenan, dels kan förklaringar finnas inom interna faktorer som exempelvis att det redan finns lagstöd för att driva igenom en förändring av organisationen (Borgert. 1992: 233).

1.2 Problemformulering

Inom den svenska hälso- och sjukvården har reformtakten varit hög, men trots detta så har inte de grundläggande strukturerna ändrats under de två senaste decennierna (Andersson et. al (2014: 5). En rad nationella reformer drevs dock igenom under 90-talets första hälft; däribland chefsöverläkarreformen och ädelreformen (SOU 2016:2: 774–782; Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2000:4: 6–7). Första delen av 90-talets reformer har först och främst kretsat kring en övergång mot marknadslika organisationsformer och styrmedel (Brorström (red) et. al (2000: 9). Vilka till stor del kan sorteras in under paraply-begreppet ”New Public Management” NPM, vilket utgör en trend som kommit att utmana ett flertal av hälso- och sjukvårdens traditioner (Almqvist, 2004; Groot & Budding, 2008; Lapsley, 2008, cited in Berlin; Carlström (2013).

Reformers mål kan dock förstås utifrån olika perspektiv, vilket framgår av bl.a Borgert (1992). Omorganisering och förändringar kan syfta till mer än att bara uppnå resultat, tex. upprätthålla skenet av legitimitet och modernitet (Borgert, 1992: 228). Mot bakgrund av denna gemensamma problematik som återfinns i måluppfyllelsen av reformerna av industriländernas hälso- och sjukvårdssystem, vilket framkommer av Palier (2006:76) och Pollit & Bouckaert (2011:2) såväl som att reformernas mål kan förstås på olika sätt, tycks det

finnas goda skäl till ytterligare studier av reformerna i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med fokus gentemot dessa faktorer. Vid närmare granskning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemets nationella reformer uppdagades att till synes inga studier gjorts för att klassificera reformerna efter mål. Förvisso återfinns andra former av klassifikationer av hälso- och sjukvårdssystem, exempelvis kategorierna Bismarck och Beveridge vilka huvudsakligen kategoriserar hälso- och sjukvårdssystem utifrån hur dessa finansieras. Mer precist så klassificeras ofta ett skattefinansierat system som ett Beveridgesystem, medan ett hälso- och sjukvårdssystem som finansieras av öronmärkta avgifter ofta klassas som ett Bismarckssystem (Van Der Zee & Kroneman 2007, cited in Andersson et. al 2014: 46). Genom att beskriva och klassindela reformer av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med utgångspunkt i deras mål kan dels nya associationer uppnås. Vidare kan ett klassindelningssystem bidra med att ge en förklarande grund till efterföljande studier av reformer vilket förhoppningsvis kan bidra med perspektiv till varför sjukvårdsreformer uppkommer, samt till den överhängande diskussionen om hur sjukvården i Sverige styrs och organiseras.

1.3 Syfte och frågeställningar

Min studie syftar till att undersöka de mål som legat till grund för ett urval av de nationella reformerna av den svenska hälso- och sjukvården som infördes under 90-talets första hälft. Ändamålet är att utskilja målen som dessa historiska reformer är menade att uppnå och sätta dem i relation sinsemellan genom att kategorisera reformerna i olika klasser efter deras respektive mål.

Syftet kan gestaltas i följande frågeställning.

- *Huvudfråga: Vilka mål kan utskiljas bland reformerna under tidsperioden?*
- *Underfråga: Vilka samband kan utskiljas ibland reformernas mål under tidsperioden?*

1.4 Avgränsningar

Uppsatsens omfång avgränsar diskussionen till att endast behandla offentliga sjukvårdssystem, samt målen som sjukvårdsreformerna är menade att uppnå. Studien syftar

inte till att detaljerat behandla alla former av förändringar som det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har genomgått, utan riktar sig mot två nationella reformer som implementerats under 90-talets första hälft, nämligen ädelreformen och chefsöverläkarereformen (SOU 2016:2: 774–782; Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2000:4:6–7) Avgränsningarna avseende tidsperioden motiveras dels med att en sammanhängande tidsram ger en bättre möjlighet till fördjupning och dels starkare sammanhang.

Avgränsningen avseende vilka förändringar som studeras grundar sig emellertid delvist i att det ger större möjlighet till fördjupning med ett begränsat antal förändringar, men även i att det finns olika definitioner av reformer inom forskningen. Den definition som kommer att användas i analysen är avsiktligt bred och ges av Pollit & Bouckaert (2011) som definierar reformer som avsiktliga förändringar av strukturer och processer av organisationer i den offentliga sektorn med målet att få dem (på något sätt) att fungera bättre (Pollitt; Bouckaert, 2011:2). Reformerna som benämndes som nationella reformer av det svenska hälso- och sjukvården (SOU 2016: 774–782; Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2000:4:7) ter sig som lämpliga val för att utföra en studie i ämnet på den svenska hälso- och sjukvårdssektorn.

1.5 Teoretisk referensram

Bruno Paliers kvadratur

Bruno Paliers (2006) studie syftade till att bidra med ett jämförande perspektiv mellan europeiska sjukvårdssystem, varav två system gavs mer utförlig redogörelse, nämligen det svenska och det franska systemet. Genom att belysa kontrasten mellan systemen menar författaren att vi kan bilda en uppfattning om systemens inneboende egenskaper och svårigheter (Palier 2006: 4).

Min studies intresse gentemot Bruno Paliers (2006) studie riktar sig dock främst mot hans slutsatser kring reformer och de mål som dessa slits mellan att uppfylla. Författaren framställer att dessa mål utgör en kvadratur, vilken består av fyra övergripande mål. Målen ifråga utgörs av jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, ekonomisk hållbarhet, aktörernas frihet och systemets reaktionsförmåga samt slutligen vårdkvalitet (Palier 2006: 33, 76). Jämlik tillgång till hälso- och sjukvård är ett socialt mål, vilket strävar efter att alla

medborgare skall ha samma tillgång till vård, oavsett vilken inkomstnivå eller hälsotillstånd man har (Palier 2006: 47, 76). Ekonomisk hållbarhet är ett ekonomiskt mål, vilket strävar mot finansiell hållbarhet och konkurrenskraft, ofta genom införandet av marknadsmekanismer eller tex. genom främjandet av privata sjukförsäkringar för att minska den finansiella bördan på de offentliga systemen (Palier 2006: 47–48, 76). Aktörernas frihet och systemets reaktionsförmåga är ett politiskt mål och innebär i enkelhet att både brukare och vårdgivare skall vara nöjda, vilket uppnås genom att de får valfrihet, handlingsfrihet och så kort väntetid som möjligt (Palier 2006: 33, 76). Slutligen så är det sista målet i Paliers kvadratur vårdkvalitet, nämligen strävan mot bästa möjliga vårdresultat, vilket är ett folkhälsomål (Palier 2006: 33, 76). Enligt Paliers framställning så innebär folkhälsa i praktiken befolkningens hälsa och beror på en rad faktorer förutom hälso- och sjukvårdssystemen, fyra avgörande hälsofaktorer kan utskiljas: 1) Individens genetiska status, 2) livs- och arbetsmiljö, 3) vanor och beteenden, samt till sist 4) hälso- och sjukvårdssystem och hälso- och sjukvårdspolitik. Vidare framkommer att de faktorer inom dessa som har störst påverkan på en individs hälsa är inkomstnivå, utbildningsnivå och livsstil. Hälso- och sjukvårdssystemet och den politik som råder kan påverka livsstilar och riskbeteenden mot en positiv riktning genom förebyggande handlingar, men saknar förmågan att påverka samtliga hälsofaktorer som kan influeras (Palier 2006: 33).

De övergripande målen som eftersträvas går ofta emot varandra och friktion uppstår emellan dem. Eftersom målen till stor del är motsträviga råder det svårigheter att utforma reformer som klarar av att tillgodose samtliga dimensioner (Palier 2006: 33ff, 76–77). Mer ingående så redogör Palier (2006) att reformerna av hälso- och sjukvårdssystemen som införts de närmsta åren innan rapportens utgivelse alla har präglats av en strävan efter minskade kostnader eller kostnadskontroll, vilket har tagit sig form i regleringsmekanismer baserade på konkurrens mellan aktörer nämligen försäkringsgivare och vårdgivare. Tanken bakom regleringsmekanismerna är att effektiviteten ska öka, med ekonomisk hållbarhet som följd. Dock leder konkurrensen inte enbart till effektivitet, som förhoppningen var, utan även till ojämlikhet och i flera fall till ökade sjukvårdskostnader. Vidare så påverkas reformerna av en vilja att anpassa hälso- och sjukvårdssystemen till nya ekonomiska förhållanden, en vilja som alltmer framställer marknadsmekanismer som allmängiltiga reglerare. Anpassningen efter de nya ekonomiska förhållandena förväntas leda till förminskning av de offentliga utgifterna och sänkning av sociala avgifter. Större frihet och konkurrens i hälso- och sjukvårdens system speglas även till synes i användarnas förväntningar på hälso- och sjukvården. Missnöje och

otålighet gentemot långa väntetider samt viljan att omedelbart kunna ta del av de senaste medicinska framstegen är faktorer som visar på användarnas höga förväntningar på hälso- och sjukvården (Palier 2006: 33ff, 76–77).

I analysen kommer Paliers kvadratur att nyttjas för att utskilja vilka huvudsakliga uttalade mål som eftersträvas av reformerna, utifrån propositionerna som legat till grund för dessa. Dock så kan målen inte endast ses utifrån den politiska arenans uttalanden, utan måste ses i perspektiv från den miljö som de är menade att påverka, dvs. de aktörer som agerar inom den. För att få bättre förståelse och kunna skapa ett analysverktyg som är kapabelt att utföra fruktbara indelningar av reformernas mål tar jag hjälp av Kouzes och Micos (1979) domänteori.

Kouzes och Micos (1979) domänteori

Domänteori är ett begrepp som myntades av Kouzes och Mico (1979), vilket ursprungligen introducerades för att betrakta Human Service Organizations. Dessa innefattar bland annat skolor och sjukhus. Domänteorin utgår från att offentliga organisationer består av tre skilda domäner, vilka utgörs av politikerdomänen, den administrativa domänen och den operativa domänen (Kouzes & Mico 1979: 456).

	Politikerdomänen	Administrativa domänen	Operativa domänen
Principer	Medborgarnas medgivande	Hierarkisk kontroll och koordination	Oberoende självreglering
Övergripande mål	Rättvisa och jämlikhet	Kostnadseffektivitet	Kvalitet på service
Struktur	Representativt deltagande	Byråkratisk	Kollegial o. solidarisk
Arbetsmetod	Röstning, förhandlande och förmedling	Linjär ledning, tekniker och verktyg	Kundspecifik problemlösning

Tabell 1: De olika domänerna, deras olika karaktärsdrag och syn på organisation (Kouzes & Mico 1979: 458).

Som det framkommer i tabell 1, så skiljer sig de tre domänerna åt markant vad gäller principer, dess övergripande mål och arbetsmetoder. På grund av dessa skillnader så präglas interaktioner mellan domänerna av spänningar och motsättningar. De tre domänerna fyller olika roller. Politikerdomänens roll är att formulera mål och riktlinjer för organisationen. Domänen utgörs av folkvalda politiker vars styrprincip består av medborgarnas medgivande. De övergripande målen för domänen är att uppnå rättvisa och jämlikhet. Strukturellt utgår domänen från representativitet och deltagande. Slutligen så består dess arbetsmetod i att fatta politiska beslut genom röstning och förhandling, samt förmedla dessa beslut. Den administrativa domänens roll är i sin tur att styra organisationen utifrån principerna av Hierarkisk kontroll och koordination. Domänen är uppbyggd av chefer och tjänstemän, dess övergripande mål är att uppnå kostnadseffektivitet och rationalisera verksamheten. Strukturellt sett är domänen byråkratisk. Arbetsmetoderna utgörs av linjär ledning, tekniker och verktyg. Sist bland domänerna har vi den operativa domänen, vilken agerar efter styrprincipen om oberoende självstyre. Det övergripande målet för domänen är att upprätthålla god kvalitet på den service som utövas. Domänen består ofta av högutbildad och kvalificerad personal, tex. läkare, vilka kan motsätta sig att politiker eller andra grupper av tjänstemän försöker styra över verksamheten. Strukturellt sett är alltså den operativa domänen ofta starkt kollegial och solidarisk. Slutligen så utgörs domänens arbetsätt av kundspecifika problemlösningar, vilka grundas i personalens kunnande och kompetens (Kouzes & Mico 1979: 457ff).

Genom att betrakta reformernas mål utifrån domänteorins perspektiv så breddas analysens möjlighet att dela in målen med utgångspunkt från vilka domäners övergripande mål som reformerna kan anses tillgodose, dvs. vilka av målen som framkommer i reformerna som kan tillskrivas de tre domänerna. När jag använder domänteorin respektive Paliers kvadratur så är det i en avgränsad bemärkelse med fokus mot att förklara och indela reformerna efter deras mål, samt de övergripande målen som de skilda domänerna eftersträvar.

1.6 Disposition

Uppsatsen är disponerad på så sätt att den först ger en kort inledning och presentation av de reformer som skall analyseras som följs av tidigare forskning som uppsatsen förhåller sig till, problemformuleringen och en genomgång av uppsatsens syfte, frågeställningar och avgränsningar. Därefter följer den teoretiska referensram samt disposition. Metodkapitlet

inleds med att motivera valet av metod varefter den klassindelade analysen presenteras jämte klassifikationssystem. Därefter följer analysens delar samt materialet som granskas. Kapitlet avslutas med en redogörelse för validitet och reliabilitet. Resultatkapitlet inleds med en kort inledning för att sedan övergå till sammanställningar av uttolkade mål och deras respektive indelning i målsättningstyper, varefter analyser av propositionerna för respektive reform följer. Ordningsföljden är först chefsöverläkarreformen och därefter ädelreformen. Kapitlet avslutas med en redogörelse för slutsatserna av analyserna och diskussion kring dessa.

2 Metod

2.1 Val av metod

Ur syftet framgår att ändamålet med undersökningen är att utskilja målen bakom en rad av 1990-talets nationella vårdreformer som de är menade att uppnå och sätta dem i relation sinsemellan. Valet av metod motiveras huvudsakligen med möjligheterna till att sätta de utvalda reformerna i relation till varandra, möjligheterna dels till jämförelse och dels till översikt genom beskrivning och klassificering. En ytterligare aspekt som motiverar valet av metod är att det råder en avsaknad av arbeten som syftar till att klassificera vårdreformer, till min vetskap, av vilket följer att undersökningen kan skapa ett beskrivande ramverk för vidare jämförelser av reformer utifrån deras mål. Därav föll valet på en klassindelad analys, vilken redogörs för härnäst.

Jag har under arbetets gång tagit vetenskapsrådets etiska regler i beaktande (*Vetenskapsrådet 2017:8*)

2.2 Klassindelad analys

Vid en klassindelad analys ligger den teoretiska konstruktionen som används för att klassificera verkligheten i centrum. (Esaiasson et al. 2012: 136–137) En analys av det här slaget går ut på att utforma ett analysverktyg i syfte att dela in fenomen i givna klasser el. kategorier, vilka i sig är upprättade för att de förmedlar någon form av information om det material som man studerar (Esaiasson et al. 2012: 137). I undersökningen så har jag valt att själv utforma klasserna med utgångspunkt ur den teoretiska referensramen, i syfte att upprätta täckande klasser av reformer utifrån deras respektive mål, vilka således följer ett gemensamt tema. Att klasserna är tematiska och täckande underlättar för jämförelse mellan reformerna.

Totalt har jag konstruerat femton klasser, vilka delas in i tre stycken huvudgrupper som jag valt att kalla primära reformer, mångsidiga reformer och täckande reformer. Klasserna har skapats med utgångspunkt i den teoretiska referensramen bestående av Kouzes & Micos (1979) domänteori och Paliers (2006) kvadratur av mål. Innan vi redogör för dessa och analys-schemat så förfaller det lämpligt att gå igenom de krav som sätts på en klassindelad analys.

Totalt finns det fyra krav varav det första kravet är att kategorierna måste kunna operationaliseras, vilket innebär att kategoriernas begrepp skall vara klart definierade och kunna mätas, så att det tydligt framgår hur man kan identifiera de enskilda klasserna (Esaiasson et al. 2012: 137–138). Andra kravet är att analys-schemat skall baseras på entydiga principer. Vilket innebär att grunderna som kategorierna skapats efter skall vara tydliga och dessutom så skall dessa grunder vara enhetliga inom alla kategorier som används, för att det skall framgå hur indelningen har gjorts (Esaiasson et al. 2012: 138). Tredje kravet som ställs är att kategorierna skall vara ömsesidigt uteslutande, vilket innebär att kategorierna ska vara tydligt skilda från varandra (Esaiasson et al. 2012: 138). Slutligen har vi det fjärde kravet ur vilket framkommer att kategorierna ska vara uttömmande, det vill säga att de uppställda klasserna av reformer som används ska fånga alla aspekter av mål som kommer till uttryck i det undersökta materialet (Esaiasson et al. 2012: 138–139).

2.3 klasser

Klasserna har skapats med utgångspunkt i de mål som framkommer i den teoretiska referensramen, dvs. ur Paliers (2006) kvadratur och Kouzes & Micos (1979) domänteori. Inledningsvis så har målen som framkommer ur de skilda teorierna slagits samman i fyra målsättningstyper, vilka vi återkommer till efter en kort genomgång av målen som innefattas i dessa. Målen som framkommer av Palier (2006) utgörs av jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, ekonomisk hållbarhet, aktörernas frihet och systemets reaktionsförmåga samt vårdkvalitet. Domänernas mål ur Kouzes & Micos (1979) domänteori utgörs av politikerdomänens mål om rättvisa och jämlikhet, den administrativa domänens mål om kostnadseffektivitet och den operativa domänens mål om kvalitet på service.

Målsättningstyperna som har skapats utifrån målen utgörs av jämlikhetsmålsättningar, ekonomiska målsättningar, vård o. serviceinriktade målsättningar samt valfrihets- o.

handlingsfrihetsmålsättningar. Jämlikhetsmålsättningar innefattar målet jämlik tillgång av hälso- och sjukvård ur Paliers (2006) ramverk samt målen för politikerdomänen ur Kouzes & Micos (1979) domänteori, dvs. jämlikhet och rättvisa, vilka faller in närmast varandra. Ekonomiska målsättningar innefattar ekonomisk hållbarhet från Paliers (2006) ramverk och kostnadseffektivitet ur Kouzes & Micos (1979) domänteori då dessa följer samma målsättning, dvs. få ut så mycket som möjligt av pengarna och få verksamheten att gå runt. Vård o. servicekvalitetsmålsättningar innefattar tre mål som har likartade drag, ur Paliers (2006) ramverk sammanförs vårdkvalitet och kort väntetid med den operativa domänens mål ur Kouzes & Micos (1979) domänteori som är kvalitet på service. I och med att vi infogar kort väntetid till vård- o. servicekvalitetsmålsättningar tar vi ett kliv bort från Paliers (2006) kvadratur där kort väntetid är en del av aktörernas frihet och systemets reaktionsförmåga, dock är kort väntetid i hög grad en serviceaspekt som lämpar sig väl att infoga i vård- o. servicekvalitetsmålsättningar. Aktörernas frihet, vilket innefattar valfrihet och handlingsfrihet får istället bilda en egen målsättningstyp, nämligen valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar.

Härnäst redogörs för de konstruerade klasserna, totalt har jag kunnat fastställa att det kan finnas åtminstone femton stycken klasser. Dessa har konstruerats med tanken att de skall utgöra en beskrivande grund om vilka målsättningstyper som reformerna försöker uppnå, samt ifall en eller flera av dessa sticker ut i sammanhanget och gestaltar reformen i högre grad än övrigt förekommande målsättningstyper. Det bör betonas i sammanhanget att detta inte baseras på rent kvantitativa data, huruvida en målsättningstyp förmedlar något viktigt kring reformen som bör lyftas fram för att klasserna ska vara representativa för de studerade reformerna är centralt i studien. Som tidigare framlagt så delas de femton stycken klasserna in under tre stycken huvudgrupper som jag valt att kalla primära reformer, mångsidiga reformer och täckande reformer.

För varje målsättningstyp finns en motsvarande primär klass av reform, vilka lyder som följande: primär jämlikhetsreform, primär ekonomisk reform, primär vård- o. servicekvalitetsreform och slutligen primär valfrihets- o. handlingsfrihetsreform. Primära reformer utmärks genom att de målsättningstyper som utgör dem är dominanta inom en analyserad reform. Framgår det exempelvis att en reform är huvudsakligen ekonomisk i sin natur, dvs. att målsättningstypen ekonomiska målsättningar förekommer och gestaltar reformen i avsevärt högre grad än övriga målsättningstyper eller att andra målsättningstyper

helt saknas så har vi en reform som kan delas in under klassifikationen primär ekonomisk reform.

Nästa huvudgrupp, mångsidiga reformer, följer samma tema. Inom dessa så är ingen enskild målsättning dominant, utan två eller tre målsättningstyper, exempelvis jämlikhetsmålsättningar och ekonomiska målsättningar förekommer och gestaltar reformen i likvärdig grad i den analyserade reformen. Mångsidiga reformer utgör tio av de konstruerade klasserna, de innefattar alla kombinationer som två, respektive tre olika målsättningstyper kan bilda. Ordningföljden av målsättningstyperna inom klasserna har ingen innebörd.

Sist ut bland de konstruerade klasserna är täckande reformer, vilka enligt det här klassifikationssystemet utgör en särart där alla målsättningstyper återfinns utan att avgörande skillnad kan utskiljas emellan dem. Målsättningstyperna förekommer och gestaltar reformen i jämförlig grad, dvs. att samtliga målsättningstyper är nödvändiga för att förmedla en rättvisande beskrivande grund för reformen som klassificeras. Ordningföljden av målsättningstyperna inom klassen har ingen innebörd.

Nedan följer en lista över de konstruerade klasserna och deras respektive huvudklassgrupp.

Huvudklassgrupp 1: Primära reformer

1. Jämlikhetsreform.
2. Ekonomisk reform.
3. Vård o. servicekvalitetsreform.
4. Valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.

Huvudklassgrupp 2: Mångsidiga reformer

5. Jämlikhets/ekonomisk reform.
6. Jämlikhets/ vård o. servicekvalitetsreform.
7. Jämlikhets/ valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.
8. Ekonomisk/ vård o. servicekvalitetsreform.
9. Ekonomisk/ valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.
10. Vård o. servicekvalitets/ Valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.
11. Jämlikhets/ ekonomisk/ vård- o. servicekvalitetsreform.
12. Jämlikhets/ ekonomisk/ Valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.
13. Jämlikhets/ vård- o. servicekvalitets/ valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.

14. Ekonomisk/ vård- o. servicekvalitets/ valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.

Huvudklassgrupp 3: Täckande reformer

15. Jämlikhets/ekonomisk/vård o. serviceinriktad/ valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.

2.4 Analysens delar

Analysen som används för att klassindela de analyserade reformerna kommer att bestå av två delar för varje proposition. Först ges en översiktlig sammanfattning av vilka mål som har uttolkats ur propositionerna och deras indelning i de fyra målsättningstyperna, samt en påföljande frekvenstabell för att ge en snabb överblick över indelningen. Därefter följer en beskrivande analys, med utgångspunkt i de redogjorda målsättningstyperna, för att bedöma vilken eller vilka av de förekommande målsättningstyperna som kan sägas gestalta reformen i högst grad. Faktorer som är värda att beakta är huruvida en målsättningstyp förmedlar något viktigt kring reformen som bör lyftas fram för att klasserna ska vara representativa för de studerade reformerna.

2.5 Material

Materialet som granskas i mitt arbete är de respektive propositionerna som föregår reformerna som arbetet kretsar kring. För att utskilja chefsöverläkarreformens mål så granskas prop. 1989/90:81 och för ädelreformen granskas prop. 1990/91:14. Valet att studera propositionerna motiveras av en rad faktorer. För det första så är propositionerna en lämplig källa till information ur vilken målen reformerna är menade att uppnå rimligen återfinns, vilket torde ge en bra grund för att samla in empiriskt material. Då vi i enlighet med syftet, är ute efter att utskilja målen till flera reformer som ligger bakåt i tiden, samt sätta dessa i relation till varandra, så är det rimligt att begränsa sig till en enhetlig form av dokument, nämligen propositionerna i det här fallet. Propositionerna ifråga är extensiva dokument, av vilket följer att de dessutom kräver sin tidsåtgång för att granska. Kunskapsvärdet som kan utvinnas ur materialet bör dock svara mot arbetets behov.

Valet av dokument är dock inte utan nackdelar. Risken med att använda sig uteslutande av regeringens officiella texter är att materialet endast ger en begränsad bild av reformernas mål

och motiv, genom att använda sig av andra material och uttalanden, från exempelvis läkarkåren, så skulle man möjligen kunna skapa en mer nyanserad bild av målen som reformerna är menade att uppnå. Vidare så är dokumenten ifråga inskannade, vilket innebär dels att fel kan förekomma i dokumenten, dels att operationaliseringen begränsas avseende möjligheter att söka i dokumenten.

Materialet avgränsas såtillvida att analysen inte tar i beaktande sammanfattningar, inledningar, bilagor eller upprättade lagförslag och där tillkommande specialmotiveringar. Motiveringen för denna avgränsning är att inte återge en missvisande bild av reformernas mål genom missvisande tolkning av sammanfattningarna och lagförslagen. Fokuset bör riktas mot att utskilja målen till de gällande reformerna ur de allmänna motiveringarna, såväl som motiveringen till de enskilda förslagen och bedömningarna. Ur proposition 1989/91: 81 analyseras således kapitel 2 till 2.13 samt kapitel 3 till 3.3 (proposition 1989/90: 81: 13 – 43). Ur proposition 1990/91: 14 analyseras kapitel 2 till kapitel 11 (proposition 1990/91: 14: 25–145).

2.6 Validitet och reliabilitet

Kvalitativa analyser av texter innebär alltid ett mått av tolkning, om en annan individ tog sig an att tolka propositionernas texter skulle det givetvis förekomma vissa skillnader i hur ofta vi uppfattar enskilda uttalanden och stycken som mål. Tolkning av texter är alltid påverkat av tidigare erfarenheter hos den som analyserar, det förekommer risker såsom bias, olika uppfattningar, eller slarvigt tillvägagångsätt. När vi tar oss an att använda mängden uttolkade målsättningstyper och deras samspel i den studerade texten som grund för att avgöra vilka som kan sägas gestalta reformen som måttstock för klassindelning så skulle det troligen vid liknande undersökningar finnas vissa skillnader från individ till individ. Trots de omnämnda skillnaderna som kan förekomma vid själva uttolkandet av mål anser jag att de indelningsgrunder som analyserna vilar på är tillräckligt tydliga för att snarlika resultat skulle uppnås vid ett återskapande av analyserna. För att försäkra mig om att analysen håller en god reliabilitet har jag gått igenom materialet upprepade gånger. Vidare har jag strävat mot att vara noggrann och kontinuerlig i uttolkandet av mål vid analysen av propositionerna. Särskilt fokus har riktats mot att inte fluktuera i bedömningsgrunderna. Målen måste vara uttalade i den meningen att det i den studerade texten framkommer att är ett mål, syfte eller eftersökt

resultat som är menade att uppnås genom de upprättade förslagen och bedömningarna som redogörs för i respektive proposition.

Angående validiteten så är min uppfattning att bedömningsgrunderna som angavs i föregående stycke svarar mot sitt syfte att fånga in de operationella indikatorerna, dvs. målen som framkommer i reformernas propositioner. Vidare anser jag att målsättningstyper som skapats med utgångspunkt i målen från Paliers (2006) ramverk samt målen för domänerna ur Kouzes & Micos (1979) domänteori är lämpliga för att återge en rättvisande och beskrivande indelning av reformernas mål, såväl som en solid grund för klassindelning.

3. Resultat

Som det framkom i metodkapitlet följer resultatredovisningen upplägget som redogjordes för i avsnitt 2.4 analysens delar. Viktigt att poängtera är även den bedömningsgrunden för vad som utgör ett mål, vilken framställdes i avsnitt 2.6 om validitet och reliabilitet.

Bedömningsgrunden lyder som följande: målen måste vara uttalade i den meningen att det i den studerade texten framkommer att är ett mål, syfte eller eftersökt resultat som är menade att uppnås genom de upprättade förslagen och bedömningarna som redogörs för i respektive proposition. Det bör betonas i sammanhanget att detta inte baseras på rent kvantitativa data, huruvida en målsättningstyp förmedlar något viktigt kring reformen som bör lyftas fram för att klasserna ska vara representativa för de studerade reformerna är centralt i studien. Därav följer att den beskrivande analysen avseende gestaltning med utgångspunkt i de uppställda målsättningstyperna är avgörande för klassindelningen.

3.1 Chefsöverläkarreformen, proposition 1989/90: 81

3.2 Sammanställning av förekommande mål

Kvalitets- o. servicemålsättningar

1. Målsättningstypen vård- o. servicekvalitetsmålsättningar (proposition 1989/90: 81: 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35) förekommer totalt 18 ggr. Patientens säkerhet i vården är det enskilda mål som förekommer flest gånger och sätter sin prägel på en stor del av propositionen. Totalt förekommer målet 16 ggr i propositionen i sådan form att jag tolkar dem som mål för den granskade propositionen (proposition 1989/90: 81: 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35). Patienternas säkerhet i vården

tolkar jag som ett mål som delar karaktären av både vårdkvalitet och kvalitet på service, vilket således bör räknas in under målsättningstypen vård- o. servicekvalitetsmålsättningar. Vidare så förekommer målet om att förbättra kontinuiteten i vården, vilket huvudsakligen åsyftar patienternas möjligheter att träffa samma vårdpersonal vid skilda besök inom hälso- och sjukvården (proposition 1989/90: 81: 33–34). Kontinuiteten räknas in i vård- o. servicekvalitetsmålsättningar. Totalt omnämns målet 2 ggr i propositionen i sådan form att jag tolkar dem som mål för den granskade propositionen

Valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar

2. Målsättningstypen valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar (proposition 1989/90: 81: 36, 37, 38, 40, 41) förekommer totalt 10 ggr. Målet om patientens valfrihet förekommer i två skilda former. Dels i form av att patienten får möjlighet till att samråda om och påverka vården och behandlingen (proposition 1989/90: 81: 22, 33, 34), vilket jag väljer att tolka som att målet är ökad valfrihet. Följaktligen räknas målet in under målsättningstypen valfrihet- o. handlingsfrihetsmålsättningar. Totalt omnämns målet 3 ggr i propositionen i sådan form att jag tolkar dem som mål för den granskade propositionen. I propositionen behandlas vidare frågan om ökade möjligheter för enskilda att flytta till långvårdsklinik i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i annan kommun än hemkommunen. Syftet bakom de av rekommendationer som ges av landstingsförbundet och svenska kommunförbundet framkommer i avsnitt 3.2 och anges vara att just öka den enskildes valfrihet (proposition 1989/90: 81: 40), vilket även passar in under målsättningstypen valfrihet- o. handlingsfrihetsmålsättningar. Målet valfrihet förekommer i detta fallet totalt 7 ggr (proposition 1989/90: 81: 36, 37, 38, 40, 41).

Målsättningstyper	Antal uttolkade mål	Procent
Kvalitets- o. servicemålsättningar	18	64%
Valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar	10	36%

Tabell 2: Antalet uttolkade mål indelat i respektive målsättningstyp.

3.3 Kvalitativ tolkning avseende vilka målsättningstyper som kan sägas gestalta reformen.

Chefsöverläkarreformens andra kapitel avseende ledningsansvaret genomsyras i hög grad av målet att värna om patienternas säkerhet i vården, vilket som tidigare framlagts räknas in i målsättningstypen vård- o. servicekvalitetsmålsättningar. Inte nog med att det utgör själva kärnan till varför ett samlat ledningsansvar vid enheter för diagnostik eller vård och behandling, dvs. chefsöverläkarens befattning, anses nödvändigt (proposition 1989/90: 81: 23ff), det är även det primära målet bakom de krav som ställs angående chefsöverläkarens höga medicinska kompetens (proposition 1989/90: 81: 24–25) samt ett av målen bakom motsvarande krav på specialistkompetens inom åtminstone en av de specialiteter som förekommer inom den enhet som sedermera leds av chefsöverläkaren (proposition 1989/90: 81: 28-29). Avseende chefsöverläkarens möjligheter till delegering av enskilda ledningsuppgifter så förbehålls ledningsansvaret högt kompetenta läkare, med målet att upprätta garantier för att patientsäkerheten beaktas när beslut tas om att delegera ledningsuppgifter (proposition 1989/90: 81: 32) I fallet kring patientansvariga läkare så utgör det likväl målet bakom kraven på dennes kompetens och legitimering som läkare (proposition 1989/90: 81 33-35), vilket kan förtydligas genom följande citat:

”Patienternas säkerhet i vården är dock så betydelsefull att jag inte är beredd att godta att läkare som ännu inte får legitimation utses som patientansvarig läkare.” (proposition 1989/90: 81: 35).

Ytterligare ett mål som visserligen förekommer i mindre grad, men som likväl räknas in i målsättningstypen vård- o. servicekvalitetsmålsättningar innefattar kontinuiteten i vården. Förbättrad kontinuitet i vården innebär huvudsakligen att patienternas möjligheter att träffa samma vårdpersonal vid skilda besök inom hälso- och sjukvården förbättras. Målet knyts specifikt till förslaget om patientansvariga läkare (proposition 1989/90: 81: 33–34).

Mot denna bakgrund råder det inga tvivel om att propositionen i hög grad syftar till att uppfylla vård- o. servicekvalitetsmålsättningar, dock är den inte uteslutande inriktat mot målsättningstypen. I både andra och huvudsakligen i det tredje kapitlet så förekommer nämligen målsättningstypen valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar, då inriktat mot patienternas valfrihet.

Inledningsvis så förekommer det i anslutning till förslaget om patientansvariga läkare att denne ska informera patienten om sitt hälsotillstånd och tänkbara behandlingsåtgärder samt se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen (proposition 1989/90: 81: 22, 33, 34), varav mitt intresse riktas mot just att patienten får möjlighet till att samråda om och påverka vården, vilket jag väljer att tolka som att målet är ökad valfrihet. Slutligen så kommer vi till det tredje kapitlet, vari frågan om ökade möjligheter för enskilda att flytta till långvårdsklinik i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i annan kommun än hemkommunen behandlas. Syftet bakom de av rekommendationer som ges av landstingsförbundet och svenska kommunförbundet framkommer i avsnitt 3.2 och anges vara att just öka den enskildes valfrihet (proposition 1989/90: 81: 40), vilket passar in under målsättningstypen valfrihet- o. handlingsfrihetsmålsättningar.

”Principerna om integritet, trygghet och valfrihet förutsätter att den enskilde, som är i behov av plats inom långtidssjukvården eller av servicebostad, kan få detta behov tillgodosett även i annan landstingskommun eller i annan kommun än där vederbörande är bosatt” (proposition 1989/90: 81: 41).

Sammanfattningsvis kan vi således fastställa att chefsöverläkarreformen, enligt min tolkning, endast hyser målsättningstyper av vård- o. servicekvalitetsmålsättningar och valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar. Vård- o. servicekvalitetsmålsättningar är i det här fallet mer förekommande och koncentrerade till kapitel 2, vari det även gestaltar kapitlet i högst grad. Däremot valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar förekommer till mindre andel i kapitel 2 men innehar en dominerande roll i kapitel 3 och således gestaltar det, om än utan ett kontextuellt sammanhang mellan de båda kapitlen. Mot denna bakgrund hävdar jag att båda målsättningstyperna kan sägas gestalta reformen i jämförlig grad, i enlighet med klassindelningens syfte att förmedla en beskrivande grund av vilka mål som reformerna strävar efter att uppnå så kan ingen av de två förekommande målsättningstyperna anses ovidkommande.

3.4 Ädelreformen, proposition 1990/91: 14

3.5 Sammanställning av förekommande mål

Kvalitets- o. servicemålsättningar

1. Den mest framträdande målsättningstypen som framkommit vid analysen av ädelreformen är kvalitets- o. servicemålsättningar, totalt har det enligt min tolkning förekommit 43 ggr (proposition 1990/91: 14: 36, 37, 39, 49, 50, 51, 58, 60, 62, 66, 67, 70, 74, 86, 87, 88, 90, 92, 96, 97, 99, 102, 103, 114, 122, 136, 138, 141). Vari den största andelen rör målet om utvecklingen av kvalitativa boende o. vårdformer samt att delge dylika (proposition 1990/91: 14: 36, 37, 39, 51, 60, 62, 86, 93, 96, 97, 99, 102, 103, 114, 122, 136, 138, 141), totalt förekommer den här samlingen 18 ggr. Den näst mest förekommande gruppen av mål rör flexibel service (proposition 1990/91: 14: 36, 49, 50, 51, 58, 74, 86, 87, 88, 90) och förekommer 11 ggr. Därefter följer målet om förbättrad kontinuitet (proposition 1990/91: 14: 51, 67, 114, 138), vilket förekommer 4 ggr och målet om patientsäkerheten (proposition 1990/91: 14: 58, 67, 70, 141), som även det förekommer 4 ggr. De två slutliga målen som förekommer inom målsättningstypen är kortare väntetid (proposition 1990/91: 14: 49, 96, 114) och kunnig o. tillräcklig personal för att meddela god vård (proposition 1990/91: 14: 51, 66, 75, vilka båda förekommer 3 ggr vardera.

Ekonomiska målsättningar

2. Den näst mest förekommande målsättningstypen är ekonomiska målsättningar, dessa förekommer 20 ggr i propositionen i sådan form att jag tolkar dem som mål (proposition 1990/91: 14: 36, 37, 88, 89, 90, 91, 102, 113, 114, 115, 123, 126, 127, 132, 138, 139). Varav två grupper kan utskiljas. Huvuddelen kan delas in i målet om god o. effektiv resursanvändning (proposition 1990/91: 14: 36, 37, 88, 89, 91, 102, 113, 114, 132, 138, 139) vilket förekommer 14 ggr. Andra målet är att begränsa kostnadsökningen (proposition 1990/91: 14: 114, 115, 126, 127, 138), vilket förekommer 6 ggr i propositionen.

Jämlikhetsmålsättningar

3. Jämlikhetsmålsättningar förekommer 18 ggr i sådan form att jag tolkar dem som mål (proposition 1990/91: 14: 36, 39, 40, 47, 58, 72, 73, 74, 75, 84, 85, 86, 97, 99, 121) och är därmed i princip likvärdigt förekommande mot de ekonomiska målsättningarna. Inom målsättningstypen delas tre mål in. Det första därav är målet om jämlik tillgång till eget boende och vård, trots ålder, sjukdom eller funktionshinder (proposition 1990/91: 14: 36, 39, 40, 46, 58, 72, 74, 86, 99, 121) vilket förekommer 10 ggr. Andra målet är möjlighet att trots ålder, sjukdom eller funktionshinder leva ett liv som andra (proposition 1990/91: 14: 47, 72, 73, 74, 75, 97), vilket förekommer 6 ggr. Samt slutligen målet om jämlik tillgång till hälso- o. sjukvård oavsett inkomstnivå (proposition 1990/91: 14: 39, 84), vilket förekommer 2 ggr.

Valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar

4. Valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar förekommer totalt 13 ggr i sådan form att jag tolkar dem som mål (proposition 1990/91: 14: 36, 39, 49, 50, 51, 58, 67, 72, 74, 87, 114, 115, 135) och är därmed den minst förekommande målsättningstypen. Inom den kan två mål utskiljas. Målet om aktörernas valfrihet i frågan om boende och omsorg (proposition 1990/91: 14: 36, 39, 49, 50, 51, 58, 67, 87, 72, 74, 114, 115), vilket förekommer 11 ggr. Andra målet är aktörernas handlingsfrihet (proposition 1990/91: 14: 114, 135), vilket förekommer 2 ggr.

Målsättningstyper	Antal uttolkade mål	Procent
Kvalitets- o. servicemålsättningar	43	46%
Ekonomiska målsättningar	20	21%
Jämlikhetsmålsättningar	18	19%
Valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar	13	14%

Tabell 3: Antalet uttolkade mål indelat i respektive målsättningstyp.

3.6 Kvalitativ tolkning avseende vilka målsättningstyper och kan sägas gestalta reformen.

Ädelreformen är kluven mellan en stor mängd mål som den strävar efter att uppfylla varav den mest förekommande målsättningstypen som framkommit ur ädelreformen är kvalitets- o. servicemålsättningar, som tidigare framlagt i sammanställningen förekom mål inom denna indelning hela 43ggr inom propositionen (proposition 1990/91: 14: 36, 37, 39, 49, 50, 51, 58, 60, 62, 66, 67, 70, 74, 86, 87, 88, 90, 92, 96, 97, 99, 102, 103, 114, 122, 136, 138, 141). Dock är detta föga förvånande, då det ter sig rimligt att mål om att utveckla och leverera kvalitativ vård, service och tjänster lyfts fram när en så pass omfattande reform genomförs.

”Alla människors rätt till en god bostad utgör en av hörnstenarna i välfärdspolitiken. Målet för bostadspolitiken är att hela befolkningen skall beredas bostäder av god kvalitet till skäliga kostnader. Även den som är gammal eller handikappad har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad och där han kan få sina behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen tillgodosedda” (proposition 1990/91: 14:39)

Som det framkommer av citatet så lyfts ofta skiftande mål fram i tandem, i föregående fall lyfts de två målsättningstyperna jämlikhetsmålsättningar och kvalitets- o. servicemålsättningar fram. Fallet är långt ifrån unikt inom propositionen, att tillhandahålla eller sträva mot kvalitativ service och gott vårdresultat genomsyrar propositionen jämte andra mål. Vad jag vill lyfta fram i det här sammanhanget är att målen ofta uppkommer i samklang eller för att svara mot varandra. Propositionen är mångfasetterad, den innebär bl.a ett stort huvudmannaskapsskifte från landsting till kommuner, vari kommunerna övertar såväl det samlade ekonomiska ansvaret för den långvariga somatiska vården genom att överta verksamhetsansvaret för sjukhem och vårdinrättningar som befinner sig inom ett lokalt upptagningsområde, ett preciserat ansvar för boendeformer och bostäder med särskild service och samt erhåller ett betalningsansvar för sådan somatisk långtidsvård som måste lämnas av landsting eller av enskild vårdgivare (proposition 1990/91: 14: 35ff). Genom dessa ansvars- o. verksamhetsförändringar öppnas dörren för en stor mängd förnyelser, inom vilka alla fyra målsättningstyperna fyller en roll. Några exempel därav är att genom ny samordning mellan det medicinska och sociala erhålls exempelvis effektivitetsvinster (proposition 1990/91: 14: 114) och förbättrade möjligheter att erbjuda kvalitativ vård o. service i och med att reformen för över personal med stort kunnande kring patienter med omfattande vårdbehov till kommunen, vilket kan stärka o. utveckla dess förmåga att utöva kvalitativ vård (proposition

1990/91: 14: 51). Genom det nya betalningsansvaret stimuleras kommunerna vidare att utveckla bra boende och vårdalternativ (proposition 1990/91: 14: 97) samt främja en god hushållning med samhällets resurser (proposition 1990/91: 14: 102).

Valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar förekommer totalt 13ggr i sådan form att jag tolkar dem som mål (proposition 1990/91: 14: 36, 39, 49, 50, 51, 58, 67, 72, 74, 87, 114, 115, 135) och är som tidigare framlagt i sammanställningen den minst förekomna i reformen. Anseende gestaltning av reformen vill jag dock påstå att så inte nödvändigtvis är fallet. Måltypen förekommer förvisso till minst andel, men har ett avgörande inflytande på förekomsten av de ekonomiska målsättningar, jämlikhetsmålsättningar och kvalitets- o. servicemålsättningar som berör vård i eget boende, som grundas på valfrihet, som det framkommer i de allmänna utgångspunkterna för förslag 3 Särskilda boendeformer för service och omvårdnad, bostäder med särskild service och dagverksamheter (proposition 1990/91: 14: 39ff). Valfriheten i avseendet möjligheten att bo kvar hemma har därmed en direkt påverkan på förekomsten av målet om jämlik tillgång till eget boende och vård, trots ålder, sjukdom eller funktionshinder (proposition 1990/91: 14: 36, 39, 40, 46, 58, 72, 74, 86, 99, 121), målet att begränsa kostnadsökningen (proposition 1990/91: 14: 115, 138) samt målet om utvecklingen av kvalitativa boende o. vårdformer och möjligheten att erbjuda dylika till brukarna (proposition 1990/91: 14: 36, 37, 39, 51, 60, 62, 86, 93, 96, 97, 99, 102, 103, 114, 122, 136, 138, 141).

Vad jag vill exemplifiera här är att målen i ädelreformen till stor del är tätt sammanbundna med sin gemensamma kontext och måste förstås som sådana, till skillnad från exempelvis chefsöverläkarreformen där valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningarna inte hade en gemensam kontext mellan förslaget om patientansvarige läkares mål att samråda med patienter och övervägandet angående rätten att flytta (proposition 1989/90: 81: 33ff, 35ff). Den delade kontexten inom ädelreformen, dvs. att målen till stor del hör ihop eller är rent avhängiga varandra, ger reformen en mer gemensam gestaltning avseende målsättningstyper. I enlighet med klassindelningens syfte att klasserna ska förmedla en beskrivande grund av vilka mål som reformerna strävar efter att uppnå så kan det inte sägas att någon enskild målsättningstyp är ovidkommande i sammanhanget.

3.7 Slutsats

Härnäst besvarar jag forskningsansatsens frågeställningar genom att redogöra för indelningen och vad vi utifrån klassindelningen kan säga om reformerna.

Min slutsats efter analysen av chefsöverläkarreformen är att den kan sägas tillhöra huvudklassgrupp 2: Mångsidiga reformer och inom densamme klass 10 Vård o. servicekvalitets/ Valfrihets- o. handlingsfrihetsreform. Detta motiveras av att båda förekommande målsättningstyperna i chefsöverläkarreformen förekommer och gestaltar reformen i jämförlig grad, samt av att andra målsättningstyper inte förekommer.

Motsvarande är min slutsats utifrån analysen av ädelreformen mot den bakgrunden att de fyra målsättningstyperna i ädelreformen alla förekommer och har ett starkt kontextuellt sammanhang mellan målen, samt att ingen av dem förekommer eller gestaltar reformen i ovidkommande eller dominerande grad så är min bedömning att den bör indelas i huvudklassgrupp 3: Täckande reformer, inom den således klass 15 och är en Täckande jämlikhets/ekonomisk/vård o. serviceinriktad/ valfrihets- o. handlingsfrihetsreform.

- *Huvudfråga: Vilka mål kan utskiljas bland reformerna under tidsperioden?*

Svaret lyder att samtliga mål, utifrån de målsättningstyper som konstruerats med utgångspunkt i Paliere (2006) ramverk samt målen för politikerdomänen ur Kouzes & Micos (1979) domänteori, dvs. kvalitet- o. servicemålsättningar, ekonomiska målsättningar, jämlikhetsmålsättningar samt valfrihet- o. handlingsfrihetsmålsättningar förekommer i ädelreformen, emellertid förekommer bara kvalitets- o. servicemålsättningar och valfrihets o. handlingsfrihetsmålsättningar i chefsöverläkarreformen.

- *Underfråga: Vilka samband kan utskiljas ibland reformernas mål under tidsperioden?*

Omfånget av mål som förekommer i respektive reform skiljer sig åt, angående ädelreformen kan vi fastställa att alla fyra målsättningstyperna förekommer och gestaltar reformen i jämförlig grad. Angående chefsöverläkarreformen däremot kan vi fastställa att det förekommer avsaknad av andra målsättningstyper än kvalitets-o. servicemålsättningar och valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar. De båda förekommande målsättningstyperna i chefsöverläkarreformen förekommer och gestaltar dock reformen i jämförlig grad.

3.8 Diskussion

Vad har vi då lärt oss om reformer? För att återkoppla så frågade jag i inledningen vilka mål det egentligen är som man vill uppnå genom reformerna, vilket för de studerade reformerna besvarades i den huvudsakliga forskningsfrågan. Vidare ämnade jag genom denna studie belysa de roller som reformernas mål utgör i reformprocessen av den svenska hälso- och sjukvårdens organisation. Vad jag har lärt mig om reformer under arbetets gång kan delvis kasta ljus över dessa roller. Till att börja med så är reformer komplexa och svaret är i mångt och mycket beroende av omständigheterna kring den enskilda reformen, som ex. det politiska el. organisatoriska läget när den kom till och vilka trender som förekommer inom organisering och styrning under perioden. Att reformer innebär en avvägning mellan målen framkommer av (Pollitt; Bouckaert, 2011:2). Dock framkommer inte en tydlig avvägning mellan målen i min analys av ädelreformen. Snarare så framkommer en strävan, om än i skiftande grad, efter att uppfylla mål tillhörande samtliga målsättningstyper. I ädelreformen är mål om att uppnå effektivitetsvinster, kostnadskontroll, utveckling o. modernisering vanligt förekommande i tandem med andra mål. Som det framkom av Hurst (1991) så fanns det i flera länder ett behov om att förbättra produktiviteten och öka kostnadskontrollen (Hurst, J. 1991. Reforming Health Care in Seven European Nations. Health Affairs, 10:7–21, cited in SOU 1993:38:27), vilket även framkommer regelmässigt i ädelreformen genom ex. förändrat huvudmanskap och samlat ekonomiskt ansvar. Strävan mot utveckling och modernisering finner, som tidigare framlagt, tre icke ömsesidigt uteslutande förklaringar i Leif Borgerts (1992) slutsatser där han framställer organisering som mode, vari omorganisering sker i tre delvis sammanflytande syften. Syftena ifråga är att uppnå modernitet, att åtminstone framstå som modern eller för att reda ut problem som verksamheten faktiskt står inför (Borgert, 1992: 228). Man skulle kunna tänka sig att den ansenliga förekomsten av mål med inriktning mot utveckling och modernisering av boende o. vård som analysen lyfter fram i ädelreformen åtminstone delvis kan bero på viljan att reformen skall ge intrycket av att främja framåtsträvan och utveckling, istället för att endast vara ett uttryck för faktisk problemlösning. Dock visar analysen av chefsöverläkarreformen inte upp liknande måltendenser, reformen har ett mindre omfång av mål som inte flyter samman på samma sätt som inom ädelreformen. En förklaring därav är givetvis reformens omfattning. Chefsöverläkarreformen uppvisar ett tydligt och avgränsat fokus gentemot målsättningstyperna vård- o. servicekvalitetsmålsättningar och valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar, vilka som

framlagt dominerar skilda kapitel av propositionen. Det bör tas i beaktning att chefsöverläkarreformen är avsevärt mindre avseende vilka delar av hälso- o. sjukvården organisation som den är menad att påverka, dvs. den är inte lika mångfasetterad som ädelreformen.

Angående nutida och framtida relevans så skulle det upprättade klassindelningssystemet av vårdreformer kunna nyttjas för att klassificera andra reformer i vidare studier och således upprätta en beskrivande grund av dessa. Vilket kan det vara relevant i förhållande till exempelvis den rådande tillitsdebatten som bl.a behandlas i Louise Bringselius (2017) *Tillitsbaserad styrning och ledning – Ett ramverk*. Tillitsbaserad styrning och ledning (TSL) är en samling metoder för att förbättra kvaliteten i offentligt finansierade tjänster. Denna kvalitetsförbättring erhålls genom att öka tilliten till såväl brukare som brukarmötande yrkesgrupper. Metoderna har uppkommit för att svara mot den växande kritiken mot bl.a. växande administrativ börda, stelbenta strukturer och en arbetsfördelning och formalism som försvårar möjligheterna att hjälpa medborgare med komplexa behov, vilka utgör problematiker som vuxit fram inom den offentligt finansierade välfärdssektorn under senare år (Bringselius, 2017: 1). Klassificering av reformer kan belysa vissa faktorer som är relevanta i förhållande till tillitsdebatten, som exempelvis huruvida en specifik reforms målsammansättning innefattar och kan sägas gestalta målsättningstyper som kan syfta till att förbättra tilliten såsom valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar.

”Under senare år har det i svensk debatt uppmärksamrats att medarbetare i offentlig sektor har fått se sitt beslutsutrymme allt mer kringskuret. De har blivit föremål för omfattande kontroll, en kontroll som ofta har handlat om mätning på detaljnivå. Det har medfört en sämre psykosocial arbetsmiljö och på så vis gjort offentlig sektor till en mindre attraktiv arbetsplats, men det har också inneburit att medborgare inte har fått den servicekvalitet som de kan förvänta sig. Bristerna har nämligen bidragit till att kunskapsutvecklingen har hämmats, liksom känslan av ansvar för det gemensamma åtagandet gentemot brukarna.” (Bringselius, 2017: 23)

Som citatet tydliggör innebär medför omfattande kontroll en tydlig problematik avseende kvaliteten på den service som den offentliga sektorn förväntas delge. Vilket även visar ett tydligt exempel på hur olika målsättningstyper kan samspela och påverka varandra, i detta fallet att valfrihets- o. handlingsfrihetsmålsättningar kan påverka kvalitets- o. servicemålsättningar. Beskrivandet av den fortsatta utvecklingen av den offentliga sektorn är

en nödvändighet för att skapa förståelse för hur den styrs och organiseras, inte minst inom reformer av hälso- o. sjukvårdenssystem. Min förhoppning är att mitt blygsamma bidrag har hjälpt till att skapa viss förståelse för ämnet och de roller som reformernas mål utgör i reformprocessen.

Referenslista

Björn Brorström (red) et. al (2000) *Effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse – ett forskningsprogram om sjukvård i förändring*

Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen. Rapport 3.

Göteborgs universitet

Borgert, Leif (1992). *Organiserandet som mode: perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santérus

Esaiasson, P.; Gilljam, M.; Oscarsson, H. & Wängnerud, L (2012), *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*, 4., [rev.] uppl. edn, Norstedts juridik, Stockholm.

Pollitt, Christopher; Bouckaert, Geert (2011) *Public Management Reform: A comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, third edition. Oxford University Press Inc., New York.

Edited by Ewan Ferlie et. al (2015) *The Oxford Handbook of Public Management*
Oxford University Press Inc., New York.

E - referenslista

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvardens-reformer-en-internationell-jamforelse.html>

hämtad 2018-04-25

Palier, Bruno (2006) *Hälso- och sjukvårdssystemets reformer En internationell jämförelse*
Sveriges Kommuner och Landsting 2006

<https://www.vardanalys.se/rapporter/strukture reformer-i-halso-och-sjukvardssystem/>

hämtad 2018-04-25

Andersson et. al (2014) *Strukture reformer i hälso- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna.*

Rapport 2014:8 Vårdanalys

<http://www.regeringen.se/49b6a1/contentassets/1bb6a8565d0c40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-201155>

Hämtad 2018-04-25

Kommunaliserad hemsjukvård

SOU 2011:55 Statens offentliga utredningar

http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf,

hämtad 2018-04-25

Effektiv vård

SOU 2016:2 Statens offentliga utredningar

<http://ub016045.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/1676/1466>,

hämtad 2018-04-25

Berlin; Carlström (2013) *Trender som utmanar traditioner. En hälso- och sjukvård i metamorfos*

Offentlig förvaltning

Scandinavian Journal of Public Administration 16(2): 3-23

<http://www.regeringen.se/49b6a1/contentassets/1bb6a8565d0c40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-201155>

Hämtad 2018-04-25

Kommunaliserad hemsjukvård

SOU 2011:55 Statens offentliga utredningar

<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssted/>

Hämtad 2018-04-26

God forskningssted

Vetenskapsrådet 2017

<https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/PAL-rapport%202015.pdf>

Hämtad 2018-04-26

Johansson, Asplund, Susann; Damell, Camilla (2015) *Patientansvarig läkare – för en bättre läkarkontinuitet*

Rapport 2015

Sveriges läkarförbund 2015

http://dok.sls.sll.se/CAMM/Rapportserien/2000/2000_04.pdf

Hämtad 2018-04-26

Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2000:4 *Vårdens arbetshälsa. Vården under 90-talet. Del 1: Den organisatoriska nivån*

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/002188637901500402>

hämtad 2018-04-26

Kouzes, James M.; Mico, Paul R. (1979) *Domain Theory: An Introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations*

<https://data.riksdagen.se/fil/C65CF20E-90A3-4007-B7CF-439247218DB3>

hämtad 2018-04-26

Regeringens proposition 1989/90: 81

<https://data.riksdagen.se/fil/13918657-2DA5-4037-8D98-F781F2A57B54>

hämtad 2018-04-26

Regeringens proposition 1990/91: 14

<https://data.riksdagen.se/fil/55F694CB-6C75-45B0-AA78-69132A9F29B0>

hämtad 2018-04-26

Regeringens proposition 1993/94: 218

<http://tillitsdelegationen.se/wp-content/uploads/2017/11/tillitsbaserad-styrning-och-ledning.pdf>

hämtad 2018-05-24

Bringselius, Louise (2017) *Tillitsbaserad styrning och ledning Ett ramverk*

Samtal om tillit i styrning – En rapportserie till Tillitsdelegationen