

New Public Management inom svensk sjukvård

En uppsats om styrinstrumentens påverkan på demokrativården inom vården

Antal ord: 9916

Abstract

Syftet med denna uppsats är att den klargöra den inverkan NPM haft på de styrinstrument som används inom vården. I idéanalysen kommer vi med hjälp av dimensioner som analysverktyg försöka klargöra vilka effekter dessa styrinstrument kan ha på demokrativärden och kvaliteten inom vården. Användning av dimensioner sker med en dimension för NPM och en för demokrativärden. Dimensionen för NPM skapades utifrån Gaebler och Osbornes kriterier för att reformera den offentliga sektorn. Dimensionen för demokrativärden härstammar från Lundquists teori *vårt offentliga etos*. De styrinstrument som valts för analys är Lean och DRG. Resultat från studien visar att det finns tydliga tendenser att både Lean och DRG kan påverka demokrativärden inom vården, både ur en positiv och negativ aspekt. Detta i sin tur har påverkan på kvaliteten inom vården.

Nyckelord: New public management, NPM, demokrativärden, kvalitet, vårt offentliga etos, sjukvård, offentlig förvaltning, kvalitet, idéanalys, dimensioner, DRG, Lean, styrinstrument.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte.....	5
1.3 Frågeställning.....	5
1.4 Disposition.....	5
1.5 Tidigare forskning och relevans för studien.....	6
2. Metodval och material.....	7
2.1 Metodval.....	7
2.2 Beskrivande idéanalys.....	7
2.3 Dimensioner som analysverktyg.....	7
2.4 Material.....	8
2.4.1 Val av material och källkritik.....	8
3. Teoretiskt ramverk.....	9
3.1 NPM.....	9
3.2 Kritik mot NPM	9
3.3 Vårt offentliga etos.....	10
3.3.1 Ekonomivärden.....	11
3.3.2 Demokrativärden	11
3.4 Kvalitet.....	12
4. Operationalisering	13
4.1 Demokrativärden.....	13
4.2 Politisk demokrati.....	13
4.3 Rättssäkerhet.....	13
4.4 Offentlig etik.....	13
5. Dimensioner.....	15
5.1 NPM.....	15
5.2 Demokrativärden.....	16
6. Analys.....	17
6.1 Tillvägagångssätt för analysen.....	17
6.2 Diagnosrelaterade grupper.....	17
6.2.1 Diagnosrelaterade grupper och NPM.....	17
6.2.2 DRG och demokrativärden.....	19
6.2.3 Kvalitet och DRG.....	25
6.3 Lean.....	26
6.3.1 Lean och NPM.....	26
6.3.2 Lean och demokrativärden.....	27
6.3.3 Kvalitet och Lean.....	30
7. Slutsats	31
8. Referenser.....	33
8.1 Offentligt tryck.....	33
8.2 Tidskriftsartiklar och elektroniska resurser	34
8.3 Litteratur.....	34

1 Inledning

1.1 Bakgrund

New public management (benämns fortsatt som NPM) är en styrningsfilosofi som är flitigt diskuterad och har präglat den offentliga förvaltningen i Sverige under lång tid. Under 1960-talet minskade tilltron till den offentliga förvaltningen och kritik riktades mot den klassiska förvaltningsmodellen som många ansåg vara alltför stor, svårstyrd, stel och byråkratisk. Många menade att staten inte löste sociala och politiska problem utan i själva verket la grunden för dem. Staten beskylldes även för att stå i vägen för medborgarnas möjligheter till självuppfyllelse. Detta resulterade i att en styrning mot ett marknadsideal började förespråkas, med visioner om större valfrihet för medborgarna och större möjligheter till självuppfyllelse och idéerna inom NPM-teorin implementerades gradvis allt mer i den svenska förvaltningen (Ahlbäck och Widmalm 2016, s.9).

De senaste åren har en omfattande kritik riktats mot NPM, främst från professioner inom hälso- och sjukvården samt även inom skola och utbildning. Maciej Zarembas artikelserie "*Patientens pris*" i Dagens Nyheter (2013) där kraven på utvärderingar och mätningar inom hälso- och sjukvårdssektorn tas upp, fick stort medialt genomslag och ledde till debatt och diskussion kring teorin, dess styrning och konsekvenser. Trots denna omfattande kritik så verkar en förändring svår och trög att genomföra. Teorin och styrningen är starkt inkorporerad i förvaltningen och inom hälso- och sjukvårdssektorn och fortfarande finns det delade meningar om fördelar och nackdelar med NPM. Sjukvården har en central roll i välfärdsstaten och att sjukvården fungerar på ett sådant sätt att medborgarna har tillgång till en trygg, säker, god och rättvis vård är av yttersta vikt för den svenska välfärden och demokratin.

Vi lever i en tid där mätningar är centrala och kraven på utvärderingar, kvalitetsmätningar och rapporter blir fler och alltmer omfattande. Dahler Larsen betecknar det som ett *evalueringsmonster*, ju mer vi matar detta monster desto hungrigare blir det (Lindström 2014, s.9). En fråga man kan ställa är då vad dessa kvalitetsmätningar och utvärderingar leder till i praktiken. Ger dessa mätningar och utvärderingar oss en bättre bild av sjukvården och tydliggör de brister som kan förbättras? Eller har dessa administrativa uppgifter tagit överhanden och flyttat fokus från vad som faktiskt är viktigt inom hälso-och sjukvård?

1.2 Syfte

Syftet med denna uppsats är att försöka klargöra hur sjukvården använder sig utav olika styrinstrument för att säkra kvaliteten och utvärdera verksamheten, och huruvida detta har en påverkan på viktiga demokratiska värden och kvaliteten inom vården.

Vi vill försöka utreda om de styrinstrument som används faktiskt visar och klargör den sanna kvaliteten inom sjukvården, eller om de kanske snarare mäter det som är enkelt att mäta och som speglas bra i rapporter och utredningar som många beskriver har blivit en central del av den svenska vården efter införandet av NPM. Med hjälp av rapporter och utredningar hoppas vi kunna dra en slutsats om huruvida styrinstrument påverkar de demokratiska värdena inom vården samt dess kvalitet.

1.3 Frågeställning

Vilka styrinstrument används inom den NPM-präglade vården och vad är dess konsekvenser på demokratiska värden och kvaliteten inom vården?

Vi är medvetna om att denna frågeställning är bred men vårt mål är att göra en översiktsstudie för att kunna se tendenser som finns på ett större plan inom den svenska vården. Att välja ett enskilt område inom vården ansåg vi därför vara problematiskt för att tjäna syftet med uppsatsen.

1.4 Disposition

Här kommer vi presentera det fortsatta upplägget för denna uppsats. Vi har valt att inte ha en enskild empiridel utan istället presentera empirin inom analysdelen för att direkt få en bättre möjlighet att analysera materialet. Materialet presenteras främst i citatform. Vi valde detta eftersom vi anser att det ger en bättre och enklare översikt för läsaren samt att det förenklade arbetet med att implementera dimensionerna på det valda materialet. I avsnitt 6 kommer vi gå igenom de olika styrinstrument som vi valt ut. Detta för att ge en bra översikt över styrinstrument i hänseende till de olika dimensionerna och kvalitet. Avslutningsvis presenteras det vi kommit fram till i en slutsatsdel där vi kort kommer sammanfatta det vi tagit del av och kunnat utläsa från material samt försöka besvara vår frågeställning och syftet med uppsatsen som vi presenterat i denna inledningsdel. I denna del kommer vi även ta upp vad vi anser kan vara intressant att forska vidare på.

1.5 Tidigare forskning och relevans för studien

NPM är en omdiskuterad teori och ett omfattande antal rapporter, uppsatser och forskning har författats med utgångspunkt från dess styrning och teori. Många forskare diskuterar problematiken kring styrningen inom hälso- och sjukvården, och lägger forskningsfokus på sjukvård i privat eller offentlig regi, på intern organisering och att ha ett marknadssynsätt som styrningsideal.

Vi anser att vår studie har relevans då det mer sällan talas specifikt om styrmodellernas inverkan på kvaliteten och vilka eventuella konsekvenser dessa kan medföra för demokratiska värden inom sjukvården. Vi anser också att vårt val av metod kan ge intressanta resultat och en intressant analys, då den fokuserar på att urskilja ideer och indikatorer och ställa dessa mot varandra i en komparativt syfte.

2. Metodval och material

2.1 Metodval

Detta kommer att bli en teoriprövande studie eftersom vi avser att undersöka NPM:s effekter på sjukvården och om NPM verkligen ger den avsedda effekten som var tänkt eller inte. Vi kommer avgränsa oss till NPM:s effekt på demokrativärden inom sjukvården och inte fokusera på till exempel effektiviteten som NPM även är avsedd att förbättra.

Undersökningen kommer ha exploratoriska inslag då vi kommer att undersöka vad för konsekvenser dessa styrinstrument har på de demokratiska värden som finns inom vården. Vi har valt att använda oss utav Lennart Lundquists normativa teori *vårt offentliga etos* för att analysera demokratiska värden som han anser bör genomsyra den offentliga förvaltningen. Vi vill undersöka hur NPM har påverkat demokratin inom vården positivt och negativt som ett resultat av de analyserade styrinstrumenten.

2.2 Beskrivande idéanalys

För att hjälpa oss att analysera materialet kommer vi tillämpa en beskrivande idéanalys. En idéanalys hjälper till att förklara ett fenomen och ska inte antas endast beskriva materialet, utan för att en beskrivning ska vara av värde krävs att forskaren drar slutsatser om materialet. Med hjälp av olika analysverktyg kan idéanalysen redogöra budskap som ej kan utläsas rakt av i texten. För detta krävs att forskaren argumenterar för sina slutsatser och tolkningar (Beckman 2005, s.49).

2.3 Dimensioner som analysverktyg

För att tolka det empiriska materialet och besvara frågeställningen har vi tagit hjälp av dimensioner som analysverktyg. Viktigt vid användning av dimensioner är att de kopplas till det som ska analyseras. Exempel på dimensioner kan vara (optimistisk- pessimistisk) för att undersöka människosyn (Bergström & Boreus 2015, s.157). Vi kommer att definiera två olika dimensioner, en för NPM och en för de demokrativärden som utgår från Lundquists teori *vårt offentliga etos*, genom att urskilja de idéer som präglar dessa teorier. Med hjälp av dimensionerna som analysverktyg kommer vi att granska det material som vi valt för att besvara frågeställningen.

En nackdel med att använda dimensioner som analysverktyg är att det finns en risk att man påtvingar materialet modellen och därmed tillskriver materialet egenskaper som egentligen inte finns, detta blir då ett validitetsproblem. Fördelen med dimensioner är att de lämpar sig bra för jämförelser när det rör sig om längre tidsperspektiv. Dimensionerna är mer allmänt hållna än de mer strikta idealtyperna, detta kan vara en fördel men det krävs oftast en operationalisering för att kunna fungera väl (Bergström & Boreus, 2015 s.167f).

Dimensioner utformas för att skilja olika påståenden åt samt för att urskilja olika preciseringar av ett eller samma påstående. Det är viktigt med utformningen av dimensionerna att man fångar in de aspekter som är intressant i relation till frågeställningen och att de är ömsesidigt uteslutande och inte fångar in samma påståenden då detta försvårar analysen (Beckman 2005, s.25ff).

De dimensioner vi valt ut att arbeta med är:

- NPM
- Demokrativärden

2.4 Material

2.4.1 Val av material och källkritik

Vi har valt att enbart använda oss utav sekundärdata i denna uppsats, dels på grund av tidsbrist och dels för att det finns en så pass god tillgänglighet av skrivet material för vårt syfte. Att samla in primärdata ansåg vi även vara för tidskrävande och av mindre behov. Mycket av det material vi använt oss av härstammar från olika myndigheter såsom Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting (SKL) och även en del SOU-rapporter. Dessa organisationer anser vi besitta en auktoritet inom området. Socialstyrelsen är en statlig myndighet under Socialdepartementet och deras roll är bl a att ge stöd, påverka och granska hälso-och sjukvården. SKL är en medlemsorganisation för alla kommuner, landsting och regioner och SKLs uppgift är att stödja och utveckla dessa medlemmar. Därför har vi gjort bedömningen att dessa källor kan anses vara tillförlitliga.

Vi använder även boken "*Patientens pris*" av Maciej Zaremba. Denna bok är skriven som en kritik mot hur vården utvecklats under de senaste åren och detta har vi tagit i beaktning inför denna uppsats. Vi anser dock att boken är aktuell och visar på viktiga aspekter som är aktuella inom vården. Den har även gett ursprung till den mer kritiska debatten och synen som finns på sjukvården och NPM som finns idag och den refereras till bland annat i SOU-rapporterna som vi tagit del av. Den tar upp viktiga exempel från vården och används som komplement till det övriga materialet. Vi har även försökt komplettera med icke-kritiskt material för att få ett mer holistiskt perspektiv på uppsatsen.

3. Teoretiskt ramverk

3.1 NPM

NPM är en samling teorier och idéer som innefattar flera teoretiska förgreningar, och det är därmed svårt att tydligt och precist definiera den verkliga innebörden av NPM-teorin. De huvudsakliga inslagen i NPM brukar dock sägas vara en organisationsstyrningsmodell med inspiration hämtad från näringslivet där fokus ligger på kunder, resultat och effektivitet, decentraliserad styrning, ett marknadsnära tänk, organisering och en styrbarhet (Hall 2012, s.29ff).

Implementering av NPM har sett olika ut i olika länder men kan enligt Kettl sägas bygga på sex grundtankar. Den första är att öka produktiviteten, att ej använda onödigt mycket resurser. Den andra är marknadsiseringen, att implementera ett marknadsideal inom det offentliga. Den tredje är serviceorientering, att förbättra kontakten mellan medborgaren och staten. Den fjärde är decentralisation vilket innebär att privatisera offentlig verksamhet för att föra beslutsfattandet närmare medborgarna. Den femte punkten är policy som innebär att man vill förbättra statens kapacitet att förvalta den offentliga politiken. Den sista punkten är ansvarsskyldighet, att staten levererar det den lovat (Frederickson et al 2015 s.229). Huvudsyftet med NPM brukar sammanfattas som ett försök att överföra marknadsideal till den offentliga verksamheten. Fokus ligger på resultatet och inte lika mycket på processen, dvs inte hur saker görs utan på det slutgiltiga resultatet (Frederickson et al 2015 s.232f).

Det långsiktiga målet är att ständigt effektivisera och utveckla verksamheten till det bättre (Hasselbladh, 2008, s.85). Till följd av krav på ökad effektivisering, uppstår en önskan om en bättre styrd organisation. För att kunna mäta verksamhetens effektivitet, uppnådda resultat och mål tillkommer ett behov av mätning och kontroll av verksamheten. Implementeringen av NPM bidrar till att verksamheten utvecklas till en organisation som är mål- och resultatstyrd, vilket gör det möjligt att mäta prestationer och resultat. Teorin menar att organisationer bör vara rationellt uppbyggda och fokusera på en ständig förbättring och utveckling, vilket resulterar i att *"organisationer befinner sig i en ständig process av organisering"* (Hall 2012, s.31).

3.2 Kritik mot NPM

Kritik som brukar riktas mot NPM är dess fokus på kontroll, mätningar och utvärderingar och det paradoxala sambandet mellan dessa mätningar och NPM:s fokus på effektivisering. Kritiker menar att dessa ständiga mätningar, bearbetningar av policys och dokumentation snarare tar mer tid och energi och utfallet blir att berörd personal på verksamheter upplever

en börda, en administrativ sådan, snarare än en lättnad som syftet med NPM implementeringen var från start (Hall 2012, s.22). Det som också blivit uppmärksammat från anställda i verksamheter är upplevelsen av att ständigt bli granskad. Forskaren Michael Powell myntade begreppet ”granskningssamhället” och syftade då på den offentliga sektorns fokus på att granska, detaljkontrollera och utvärdera verksamheters styrning. Powers menade att granskningssamhället kan leda till att man ”blir slav under metoden” och att man vid mätningar i större grad mäter det som är enkelt att mäta, vilket leder till att mätningarnas validitet och metod inte med säkerhet kan anses fullständigt tillförlitliga (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.5).

Vad som också brukar kritiseras är hur väl företags- och marknadstänket har applicerats på sjukvården, och hur detta egentligen ska ses på ur en demokratisk och etisk synvinkel. Det marknadsideal som eftersträvas, med tankar om konkurrens och prissättning, har lett till att patienter blir produkter med pris på en marknad. Ersättningsystemet DRG (diagnosrelaterade grupper) har med koder på diagnoser fastställt prislistor som utgår från olika diagnoser patienter får, och vad som är ekonomiskt lönsamt och icke lönsamt. Zaremba (2013) menar att detta kan driva läkare, sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal att ”fuska” med diagnoskodningen med syfte att få mer ekonomiskt bidrag till verksamheten.

3.3 Vårt offentliga etos

Vårt offentliga etos är en normativ teori som skapades av Lennart Lundquist för att beskriva hur samhället bör styras med utgångspunkt i olika värden och idéer och hur dessa bör genomsyra den offentliga förvaltningen (Lundquist 1998, s.53).

Byråkratiskt etos handlar om effektivitet, rationalitet, expertkunskap, lojalitet och ansvar. Lundquist menar att detta kan kopplas till ekonomivärden, vars underkategorier redovisas i figuren nedan. Därefter kommer det demokratiska etos vilket inte är lika lätt att klargöra som det byråkratiska. Här brukar man ta in personlig frihet, jämlikhet och social rättvisa.

Lundquist menar att den offentliga förvaltningen bör styras med utgångspunkt i det offentliga etos vilken kan delas upp i två huvudkategorier, demokrativärden och ekonomivärden (Lundquist 1998, s.62ff).

Tabell 1.

Demokrativärden	Ekonomivärden
Politisk demokrati Rättssäkerhet Offentlig etik	Funktionell rationalitet Kostnadseffektivitet Produktivitet

(Lundquist 1998, s.63)

Den offentliga förvaltningen bör styras med både demokrativärden och ekonomivärden i beaktande, en balans bör råda mellan dessa och det går därmed inte att välja att endast fokusera på det ena värdet. I tabellen ovan ses underkategorierna till de två uppdelade värdena (Lundquist 1998, s.63). I vår studie syftar vi till att använda oss av demokrativärden och inte av kategorin ekonomivärden. Vi har valt att göra denna avgränsning då vi anser att komponenterna inom ekonomivärden avspeglas till stor grad inom NPM. Nedan följer dock en kort sammanfattning av ekonomivärden då båda ingår i *vårt offentliga etos*.

3.3.1 Ekonomivärden

Ekonomivärden är mer konkreta än de demokratiska värdena. Med *funktionell rationalitet* menar Lundquist att man väljer åtgärder som leder till att de uppsatta målen uppfylls. Detta avspeglar bl.a expertis och yrkesskicklighet. *Kostnadseffektivitet* handlar om att kostnaderna ska hållas så låga som möjligt inom förvaltningen, man ska alltså få så mycket som möjligt ur varje krona. *Produktivitet* syftar till att ju lägre insatserna är för en åtgärd (t.ex en sjukvårdstjänst) desto högre är produktiviteten (Lundquist 1998, s.64).

3.3.2 Demokrativärden

Demokrativärden är svårare att definiera och är inte lika konkreta som ekonomivärden. Nedanför kommer vi gå igenom de olika delarna som ingår i begreppet demokrativärden.

Politisk demokrati är ett stort och öppet begrepp med bred innebörd. Ett sätt att definiera det är enligt Lincolns formulering i Gettysburgtalet, "*styrelse av folket, genom folket och för folket*". Det finns flera tolkningar av politisk demokrati, dock finns det gemensamma drag i dessa tolkningar, till exempel fria och rättvisa val och yttrandefrihet (Lundquist 1998, s.76f). Lundquist tar upp en rad exempel på vad politisk demokrati mer konkret kan innebära vilket dels är öppenhet gentemot omgivningen från förvaltningen, dels medborgardeltagande. Med medborgardeltagande avses att samhällsmedborgare ska ha möjlighet att uttrycka åsikter om förvaltningsprocesser (Lundquist 1998, s.91).

Rättssäkerhet har sin utgångspunkt i "the rule of law" som har två skilda betydelser. Den första är att verksamheten följer relevanta lagar och den andra är att verksamheten utövar sin makt genom den allmänna lagstiftningen snarare än genom konkreta dekret i det specifika fallet. Rättssäkerhet innefattar även att medborgare har en garanti för att deras rättigheter uppfylls och inte kränks (Lundquist 1998, s.102). Detta kan förenklas till att det offentliga ska styras på ett sådant sätt att lagen tillämpas men även att dem som tillämpar den står under lagen. Alla är lika inför lagen.

Offentlig etik handlar om de etiska frågorna som finns inom offentlig förvaltning. Vad som är rätt eller fel, vilka plikter som finns, effekt av handling, osv. Man brukar tala om två

indelningar inom etik. Den första vilken är att “göra rätt” d.v.s handlingsetik. Effekterna av handlingarna om de är goda eller onda. Den andra indelningen är “att vara god” d.v.s dygdetik. Denna kategori försöker besvara vad som är ett gott liv för en människa (Lundquist 1998, s.92f). Det gemensamma goda är ett oklart och svårfångat begrepp men ska ses som en process och ett ideal som ständigt prövas (Lundquist 1998, s.66).

3.4 Kvalitet

Kvalitet är ett svårt begrepp att definiera då innehållet kan variera mycket beroende på situation och person. Hur begreppet kvalitet används inom den offentliga verksamheten har förändrats genom åren. I början talade man om kvalitet helt enkelt som avsaknaden av fel, idag talas det ofta om “*fitness for use*” vilket handlar om hur lämplig en tjänst eller produkt är i situationer. Ledarskap, anställdas ansvar och att arbeta för ständig utveckling ses som aspekter inom begreppet kvalitet. Kundnöjdhet har även blivit en viktigare aspekt under de senaste åren (Lindgren 2014, s.50).

Donabedian klassiska modell som används för att analysera och utvärdera kvalitet inom sjukvården kan ge en bra översikt vad som bör studeras för att analysera kvalitet inom vården. Modellen fokuserar på att särskilja egenskaper som är knutna till tjänsters resurser, processer och resultat. *Strukturkvalitet* speglar vad en verksamhet *har*, detta kan vara pengar, kompetens etc). *Processkvalitet* fokuserar på vad verksamheten *gör*, hur arbetet utförs och utbytet mellan brukaren och utföraren av en tjänst. *Resultatkvalitet* fokuserar på vad som uppnås inom verksamheten, även om de mål som är uppsatta uppnås. Dessa kvalitetsegenskaper bör fyllas med konkreta exempel för att ges mening, dessa kan variera från fall till fall (Lindgren 2014, s.51f).

Enligt Donabedian kan kvalitet betraktas som synonymt med vilka bedömningskriterier som helst. Brülde formulerade det som att säga att någonting har kvalitet är att värdera det positivt och tvärtom att det som värderas negativt ej har kvalitet. Idag när det talas om kvalitet är det starkt kopplat till resultat och måluppfyllelse (Lindgren 2014, s.52).

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att verksamheten följer lagar och aktuella föreskrifter om hälso-och sjukvård (SOSFS 2011:9). Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) definierar kvalitet med att hålla god hygienisk standard och tillgodose patientens trygghetsbehov. Vården ska vara lättillgänglig, bygga på respekt gentemot patientens självbestämmande och ha integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso-och sjukvårdspersonalen och även tillgodose patientens behov av säkerhet och kontinuitet inom vården (1982:763). God vård enligt Socialstyrelsen innebär en säker, individanpassad, effektiv, tillgänglig, kunskapsanpassad och ändamålsenlig vård (Socialstyrelsen 2009, s.7). För att uttala oss om kvaliteten inom vården kommer vi att använda Socialstyrelsens definition för en god vård och även HSL:s definition av kvalitet.

4. Operationalisering

4.1 Demokrativärden

Operationaliseringen av demokrativärden kommer att lägga grunden för att enklare svara på frågeställningen och undersöka hur det står till med demokrativärden i den svenska vården.

4.2 Politisk demokrati

Politisk demokrati enligt Lundquist handlar till stor del om att medborgare har rätt till insyn och deltagande i utformning av förvaltningen. Rättvisa val är ett exempel på detta. I vår studie kommer vi se på politisk demokrati som rätten att kritik mot vården tas på allvar och möjlighet till deltagande och inflytande i utformningen av det dagliga arbetet. Rätten att kritik mot vården tas på allvar gäller dels de som arbetar inom vården, men även utomstående såsom patienter, patientombud och närstående.

4.3 Rättssäkerhet

Rättssäkerhet kommer vi att härfter definiera som att personal följer föreskrivna regler och relevanta lagar inom svensk lagstiftning. Att patienter behandlas lika av vården och att deras rättigheter uppfylls. Till exempel anger HSL tydligt att hälso-och sjukvård ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller god vård. Vad som menas med god vård är bl.a god kvalitet, lättillgänglig och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet.

4.4 Offentlig etik

Offentlig etik handlar som tidigare nämnts om vad som anses rätt eller fel inom den offentliga förvaltningen. Att svara på vad som är rätt och fel är en komplicerad fråga och det finns inte ett allmänt vedertaget och enhetligt svar. Att agera rätt är givetvis en väldigt viktig fråga inom sjukvården. Det finns flera styrningsdokument inom sjukvården som kan användas för att beskriva vad som är rätt och fel. Riksdagens kommitédirektiv 1992:8 belägger att rätt och fel har en avgörande roll för prioriteringar, vi har använt deras resonemang om etiska principer för att operationalisera begreppet offentlig etik. Utgångspunkten för bra prioriteringar är den kristna etiken och den västerländska

humanismen enligt riksdagens kommittédirektiv (Dir 1992:8). Med detta menas att varje människa ses som unik och att alla människor är lika mycket värda. Att göra gott och inte skada anses centralt inom vården. En viktig etisk aspekt är fördelningen av resurser som bör spegla likavärdesprincipen. Resurser bör utdelas efter de som är i störst behov av dem (Kommittédirektiv 1992:8).

5. Dimensioner

5.1 Dimension av NPM

Gaebler och Osbornes bok "*Sluta ro börja styra!*" är skriven som kritik mot den offentliga sektorn som ansågs vara ineffektiv. Författarna ansåg att det fanns ett konsensus att den offentliga sektorn ej fungerade som den skulle men att ingen visste hur man skulle förändra den. De konstruerade tio principer för vad den offentliga verksamheten bör vara och eftersträva (Gaebler & Osborne 1994,s.9ff). För att definiera dimensionen NPM har vi därför valt att ta hjälp av dessa tio punkter för vad det offentliga bör vara.

1. **Katalytisk ledning** (Styra i stället för att ro): Mer fokus på entreprenörskap vilket per automatik ska leda till att den politiska ledningen blir en inköpare av tjänster vilket förflyttar de politiska besluten till leverantörerna, d.v.s att förespråka decentralisering och delegering (Gaebler & Osborne 1994,s.50).
2. **Engagera istället för att betjäna**: Medborgare ska få sin röst hörda i utformningen av den offentliga sektorn. Bl.a. genom att uppmuntra frivilliga organisationer att ta över kontrollen av offentliga verksamheter på lång sikt (Gaebler & Osborne 1994,s.71).
3. **Konkurrensdriva offentliga sektorn**: Konkurrensen ska resultera i större effektivitet och mer valuta för pengarna. Det viktiga är inte att man privatiserar utan att det råder konkurrens på marknaden som ger valmöjlighet. Konkurrensen tvingar fram förnyelse och strävan efter fulländighet (Gaebler & Osborne 1994,s.74ff).
4. **Uppdragsstyrda offentliga sektorn**: Offentlig verksamhet ska drivas med huvuduppdraget (dess grundläggande syfte) som utgångspunkt i allt som görs. Idag drivs den offentliga verksamheten ofta med regler, och budget och ej utifrån huvudsyfte (Gaebler & Osborne 1994,s.96f).
5. **Resultatorienterad**: Mer fokus på resultatmätningar snarare än ett fokus på insatserna, att arbeta utifrån de resultat man vill nå (Gaebler & Osborne 1994, s.112).
6. **Kundorienterad**: Definiera vilka som är verksamhetens kunder och därefter agera för att vara kundorienterad. Den offentliga sektorn får merparten av sina pengar från skatter och ej från de kunder de tar hand om (t.ex patienterna), detta resulterar i att verksamheter agerar för att tillfredsställa politikerna som fördelar skattemedel och ej kunderna. Människor förväntar sig att bli bemötta som kunder där de har val att välja sjukhus eller läkare. Det är viktigt att lyssna på kunderna och utöka deras valmöjligheter och där de själva kan välja vart tjänsten kan köpas (Gaebler & Osborne 1994,s.132ff).
7. **Offentliga sektorn som företag**: Inför vinst inom den offentliga verksamheten. Debitera de som använder tjänsterna och inför avkastningsmål (Gaebler & Osborne 1994, s.158ff).

8. **Förutseende:** Inriktning på att förebygga problem innan de uppstår (Ro snarare än att styra). T.ex att inte utbygga ut sjukvården när ohälsan ökar utan se till de grundläggande problemen och motverka dessa faktorer, detta handlar i hög utsträckning om att försöka förutspå framtidens problem (Gaebler & Osborne 1994, s.178ff).
9. **Decentralisering:** Decentraliserade organisationer skapar mer flexibilitet, de reagerar snabbare vid ändrade förhållanden och på kunders behov. De är mer effektiva och uppfinningsrika. De skapar mer engagemang, bättre moral och högre produktivitet (Gaebler & Osborne 1994, s.200ff).
10. **Marknadsorientering:** Styra den offentliga sektorn mer som marknaden genom marknadsinstrument. Viktig del i detta är ekonomisk styrning via skatter för att förändra marknaden. Ekonomisk styrning genom konsekvensavgifter. Påverka efterfrågan med brukaravgifter. (Gaebler & Osborne 1994, s.224ff)

Alla dessa faktorer är svåra att placera in vid studien av styrinstrument som används inom vården och styrinstrumenten måste inte platsa in på alla dessa kriterier som Gaebler och Osborne tar upp, de bildar dock en bra grund till att förstå tänket som finns inom NPM. Vi anser utifrån dessa punkter att det finns ett stort fokus på att agera marknadsstyrt och som ett företag inom det offentliga. Att se de som tar del av offentlig verksamhet som kunder, mäta resultat, öka valmöjligheten och ge mer utrymme till företag att ta över uppgifter som traditionellt sett har utförts av staten och att styra med ekonomiska medel.

5.2 Dimension av demokrativärden

Dimensionen av demokrativärden utgår ifrån operationaliseringen av Lundquists teori *vårt offentliga etos* och från de tre underkategorierna som presenterades i operationaliseringsavsnittet. Huvudbudskapet från operationaliseringen var att demokrativärden i den offentliga förvaltningen handlar om att agera etiskt korrekt, följa föreskrivna lagar, verka för ett jämlikt handlande, lyssna på kritik och se till att människors rättigheter tas i beaktande. I granskningen av det empiriska materialet som vi tagit del av kommer vi söka efter ett antal operationella indikatorer som utgår från de demokrativärden som nämnts i operationaliseringen.

Operationella indikatorer för studien av demokrativärden:

- Responsibilitet, sjukvården agerar lyhört och svarar på kritik som riktas mot den för att förbättra vården
- Vården sätter patientens vård och säkerhet i första hand
- En jämlik och rättvis vård (oavsett vem man är ska man ges samma vård utifrån de premisser som finns inom det aktuella fallet)
- Patientens rättigheter uppfylls och tas i beaktning
- Patientens behov säkerställs
- Resurser fördelas efter nöd och behov och ej av andra incitament
- Att agera gott, ens handlingar utgår från viljan att uppnå goda resultat inom vården

6. Analys

6.1 Tillvägagångssätt för analysen

I detta avsnitt kommer vi redogöra hur vi genomfört analysen.

Materialet som används i analysen är valt utifrån relevans till syfte och frågeställning. Med hjälp av de dimensioner som vi tagit fram har vi applicerat dessa på det empiriska materialet för att kunna urskilja de tankar som präglar materialets påståenden. Dimensionerna är framtagna innan analysen genomförts och är därför inte ett resultat av analysen utan ett hjälpmedel. Exempel på detta kan vara ordval eller beskrivande utav processer.

Vi har först valt att undersöka de styrinstrument som används inom vården genom att applicera dimensionen av NPM på dessa för att se om de kan ses som ett resultat av NPM. Härfter har vi applicerat dimensionen av demokrativärden på de styrinstrument som analyserats utifrån NPM i den första delen för att se om dessa har en påverkan på demokrativärden inom vården. Avslutningsvis kommer vi att sammanfatta det vi kunnat utläsa med hjälp av dimensionerna i hopp om att kunna besvara vad för konsekvenser det går att utläsa på kvaliteten inom vården av dessa styrinstrument.

6.2 Diagnosrelaterade grupper

6.2.1 Diagnosrelaterade grupper och NPM

Diagnosrelaterade grupper kommer vi härnäst att referera till som DRG. DRG är ett system som används för att beskriva sjukhusens patientsammansättning och är ett styrinstrument för att enkelt jämföra sjukhus med varandra. DRG-systemet används för att samla in stora mängder statistik av patientgrupper för jämförelser och ska fungera som ett verktyg mellan ekonomer och medicinskt ansvariga (Socialstyrelsen 2016, s.8).

DRG-systemet delar in grupper av diagnoser och bidiagnoser i större grupper utifrån bl.a. ålder, kön, komplikationsgrad och utskrivningssätt. Ersättning per DRG innebär att ersättning ges baserat på antal DRG-poäng som är samlat. Pris per grupp kan variera lokalt eller baseras på den nationella snittkostnaden (SOU 2017:56, s.109). Att mäta det som utförs anses vara en viktig del i det interna kvalitetsarbetet som kan hjälpa sjukvården att ytterligare höja kvaliteten (Socialstyrelsen 2015, s.10). DRG används som ett styrsystem inom vården trots att detta inte var den bakomliggande tanken när det skapades (Zaremba 2013, s.51).

Nedanför har vi analyserat citat från Socialstyrelsens rapport DRG-statistik 2016. Syftet är att se om DRG kan länkas till att vara ett styrinstrument som tillkommit pga NPM:s influens på den svenska sjukvården.

Citat 1: Socialstyrelsens rapport DRG-statistik 2016:

“DRG kan ingå som en del i styr- och ledningssystem. I verksamhetsuppföljningen kan DRG-grupperat kostnad per patient data, KPP-data, ge svar på vad som produceras och till vilken kostnad.” (Socialstyrelsen 2016, s.10)

Ur citatet påvisas en central del inom DRG vilket är det starka fokuset på produktionen och på kostnaderna. Kostnadsperspektivet tyder på ett fokus på ekonomistyrning, vilket är en del av marknadsorienteringen och att driva det offentliga utifrån olika företagsideal. Det är centralt att se vad outputen är (det som produceras) och till vilket pris detta görs för att kunna reformera och effektivisera vården.

Citat 2: Socialstyrelsens rapport DRG-statistik 2016:

“Att mäta vad man gör är en viktig del i det interna kvalitetsmedvetandet och arbetssättet. Det kan bidra till att förbättra verksamheten och dessutom höja kvaliteten i sjukvårdens datakällor. Det bidrar till ett mer öppet informationsflöde om vårdens verksamhet och resultat” (Socialstyrelsen 2016, s.10)

Här framgår det att kvalitet anses vara viktigt för att förbättra verksamheten, detta kan kopplas till den uppdragsstyrda offentliga sektorn ur dimensionen för NPM. Där uppdraget är att ge en vård med hög kvalitet och hur DRG anses bidra till att höja kvaliteten inom vården. Det kan även kopplas till att vara förutseende där man nämner att *“förbättra verksamheten”*, detta eftersom förbättring inom verksamheten leder till att problem förebyggs. Det är även relaterat till att vara resultatorienterat då dokumentet nämner hur mätningen leder till att resultaten inom vården förbättras men att det är inte hur detta genomförs utan hur DRG i sig bidrar till detta.

Citat 3 och 4: Socialstyrelsens rapport DRG-statistik 2016:

“Eftersom DRG-systemet är konstruerat med beaktande av resursförbrukning, det vill säga kostnader, kan det också användas för att jämföra olika sjukhus avseende kostnadseffektivitet, så kallad benchmarking.” (Socialstyrelsen 2016 s.10)

“Svar kan ges på frågor som: • Är vården tillräckligt kostnadseffektiv? • Vad i vården är dyrare i förhållande till andra och varför? • Hur arbetar vi i förhållande till andra?”

I dessa två citat ser vi en koppling till den konkurrensdrivna offentliga sektorn. Där det handlar om att använda sig av mätningarna för jämförelser med andra sjukhus. Jämförelserna ska baseras på ekonomistyrning som vi ser här med det starka fokuset på

kostnadseffektiviteten och priser. Detta kopplas till dimensionens del om resultatorientering och även att driva den offentliga sektorn efter företagsideal.

Citat 5: Socialstyrelsens rapport DRG-statistik 2016:

“Det gäller att öka volymen vård men samtidigt kontrollera kostnaderna per vårdtillfälle, exempelvis genom att minska på vårdtiderna och överföra insatser till öppenvård.”

(Socialstyrelsen 2016, s.47)

Detta material visar tydliga drag inom DRG som återfinns inom NPM-dimensionen. Framförallt ser vi ett stort fokus på produktion och fokuset på att öka denna, samt att pressa ner priserna per vårdtillfälle. Detta speglar det fokus som återfinns i den konkurrensdrivna offentliga sektorn, eftersom DRG är ett sätt att jämföra sjukhus med varandra är det viktigt att ge valuta för pengarna och hela tiden öka effektiviteten inom vården. I detta fall genom att producera fler vårdtillfällen för ett lägre snittpris.

6.2.2 DRG och demokrativärden

Då vi konstaterat i avsnitt 6.2.1 att DRG kan ses som ett resultat av den prägning NPM haft på den svenska vården kommer vi i detta avsnitt att se närmare på vad för konsekvenser DRG har på vården avseende de demokrativärden som vi definierat med hjälp av *Lundquists* teori *vårt offentliga etos*. Här kommer vi presentera material mestadels i citatform som vi tagit del av och därefter analysera med hjälp av dimensionen för demokrativärden (se avsnitt 5.2) för att kunna utläsa effekten av DRG på demokratin.

Citat 1: ESO 2010:7

“Med förfinade beskrivningssystem blir ersättningsprinciperna mer rättvisa genom att man kan ta hänsyn till att patienter har olika vårdtyngd.” (ESO 2010:7, s.47)

Här ser vi hur tanken med DRG är att ersättningsprinciperna ska fungera som ett instrument för att främja rättvisa, eftersom patienter med samma diagnos inte är en homogen grupp utan har olika vårdtyngd. Detta citat återspeglas i dimensionen om demokrati att vården ska utgå utifrån individens behov. Dock finns det mycket kritik som riktas mot DRG att det är motsatsen till vad DRG faktiskt leder till men detta är ändå ett syfte med DRG som vi kommer studera närmare med citat senare i denna analysdel.

Citat 2: ESO 2010:7

“Det DRG-system som används i Sverige revideras och utvecklas exempelvis fortlöpande i takt med att medicinsk teknologi och vårdpraxis förändras. Om så inte sker finns stor risk för att ersättningssystemen motverkar införandet av innovationer som är bra för vården och patienterna, vilket skulle vara en stor förlust.” (ESO 2010:7, s.47)

Här ser vi hur DRG i Sverige ska vara anpassat till att utvecklas i takt med teknologi och hur praxis inom vården förändras. Detta visar på hur DRG kan ta hänsyn till att patienters säkerhet säkerställs och visar på en vilja att uppnå goda resultat inom vården. Dock finns det kritik om att DRG i många fall motverkar innovation eftersom det största fokuset ofta ligger på produktionen av DRG-koderna.

Citat 3: SOU 2017:56

“DRG-baserad ersättning har ett starkt fokus på produktion, vilket kan innebära att tiden och energin som läggs på innovation och verksamhetsutveckling riskerar att bli begränsad.” (SOU 2017:56, s.112)

Att allt för mycket fokus läggs på att se till att mål uppfylls och att sjukvården fyller de produktionskrav som finns uppsatta är en risk med DRG-poängen. Sjukvårdsenheter har mål uppsatta och om dessa mål inte uppnås leder det till ekonomiska konsekvenser. Om detta kan bidra till att innovation och verksamhetsutveckling läggs åt sidan är det en allvarlig brist. Sjukvården är något som ständigt förändras och behöver innovation för att finna lösningar på de problem som finns inom verksamheten. Att DRG leder till en ständig jakt på poäng och produktion som ställs överordnat andra värden inom verksamheten, till exempel som vi ser här innovation och verksamhetsutveckling som är viktigt för att ständigt förbättra verksamheten. På lång sikt kan brist på innovation leda till att vården inte visar upp den responsibilitet som borde ligga till grund för hela verksamheten, att inom organisationen utveckla nya metoder för bemötande och omhändertagande av patienter i syfte att se till att patienternas problem blir bättre att lösa och att utvecklingen går framåt.

Citat 4: ESO 2010:7

“Den prestationsbaserade ersättningen kompletteras undantagslöst med åtgärder i syfte att kontrollera totalkostnaderna, t.ex. reducerad eller ingen ersättning när man nått viss volym eller kostnadsnivå” (ESO 2010:7 s.54)

Vad vi kan utläsa från detta rapportutdrag är att DRG har en starkt fokus på kostnaderna och att hålla dessa låga vilket inte är ett problem ur en demokratisynvinkel, dock kan konsekvenserna av detta innebära problem. Om kostnaderna blir för stora ersätts inte enheten ekonomiskt, till exempel om en patient stannar för länge på sjukhuset än de dagar som DRG tillåter. Detta beskrivs bl.a i Zarembas bok där till exempel en patient som fått en stroke ger

ersättning så länge hen stannar kortare än 17 dagar (Zaremba 2013, s53.). Detta är allvarligt ur en demokratisynpunkt då det är kostnaderna som styr vården och inte patientens behov.

Citat 5 och 6: ESO 2010:7

“DRG bidrog också till en utveckling mot kortare medelvårdtider och överföring av vård till öppna former. Några år efter införandet återgick dock kostnadsökningstakten till samma nivå som före 1983. Den nya ersättningsprincipen påverkade således inte den långsiktiga kostnadsutvecklingen.” (ESO 2010:7 s.55)

“Produktiviteten ökade i Stockholm, mest beroende på att man producerade fler behandlingar. Någon sådan utveckling kunde inte noteras i de andra landstingen. Den främsta effekten av DRG-ersättning i svensk vård tycks alltså ha varit att sjukhusen producerade fler vårdtillfällen.” (Sveriges Kommuner och Landsting 2008, s.23)

Här ser vi återigen fokuset på produktionen inom DRG. Att resultatet endast visar på en ökad produktivitet och inget om att kvaliteten ökar är oroande då det är tänkt att DRG ska hjälpa till med att öka kvaliteten. En tänkbar orsak för detta är att patienterna ges kortare tid per besök för att kunna öka produktiviteten och ett resultat blir att vården försämras då vårdpersonal inte ges samma tid och förutsättningar att ge bästa möjliga vård och därmed ökar inte kvaliteten.

Citat 7: ESO 2010:7

“Ersättningen till vårdgivarna bygger i varierande utsträckning på diagnossättning (s.k. DRG). Detta förefaller att ha påverkat diagnossättningen i vissa landsting, vilket kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser.” (ESO 2017:1, s.117)

Eftersom prislistorna är sammansatta på ett sådant sätt att vissa DRG-koder, diagnoser, ger en högre ersättning blir detta ett problem om de används som ett ekonomistyrningsinstrument inom vården. Detta kan resultera i att patienter får diagnoser som de egentligen kanske inte fått om det inte varit för att DRG används inom deras landsting. Vården ska utgå från patientens behov och rättigheter. Att ställa diagnoser som är irrelevanta pga. den ekonomiska ersättningen indikerar att man ej sätter patienten i första hand utan väljer istället att prioritera ekonomiska värden före demokratiska, vilket är en tydlig kränkning av patientens rättigheter. Detta beteende bryter mot föresatsen att agera utifrån viljan att uppnå goda resultat.

Citat 8: ESO 2010:7

“Prismekanismerna ökar också risken för att den vård som ges och registreras manipuleras i syfte att öka ersättningen.” (ESO 2017:1, s.117)

Eftersom olika diagnosgrupper ger olika ersättningar kan detta i praktiken leda till att en läkare kan ställa en annan diagnos på patienten än vad som egentligen är fallet för att få högre ersättning. Om en vårdenhet har stora krav på att nå ett visst ersättningsmål finns det risk att det blir verklighet. Att patienter får felaktiga diagnoser är ett tydligt demokratiproblem då vården ska vara baserad på nöd och ge rätt hjälp vid behov till patienterna.

Citat 9: SOU 2017:56

“Alla ersättningsprinciper har fördelar och nackdelar. Exempelvis anses anslag och kapiteringsersättning bidra till en god kostnadskontroll medan den främsta nackdelen med prestationsbaserade ersättningar, som ersättning kopplad till DRG (diagnosrelaterade grupper) och styckersättning i sitt grundutförande, är avsaknaden av kontroll över kostnader. En nackdel med fast och prospektiv ersättning är risken för så kallad ”cream skimming” dvs. att endast patienter med lättare åkommor kommer att behandlas, medan svåra fall skickas vidare till någon annan vårdgivare, eftersom ersättning endast utgår för en genomsnittlig patient.” (SOU 2017:56 S.94)

Ur dimensionen för demokrati ska vård ges utifrån behov och vara rättvis. Ovan beskrivs det hur DRG kan resultera i att patienter inte får en rättvis vård då patienter med lättare åkommor kan komma att prioriteras framför de med svårare åkommor, eftersom det är antalet DRG-poäng som ger ersättning inom system. Systemet tar ej hänsyn till skillnader inom samma gruppering av diagnoser utan all ersättning utgår från ett beräknat genomsnitt. Patienter som då har svårare sjukdomar och som kräver mer resurser i form av både tid och pengar kan i vissa fall resultera i att de hänvisas vidare till en annan sjukhusenhet. Det blir en slussning av patienter som ingen vill ha då de anses olönsamma. Här ser vi hur sjukvården i dessa fall ej fördelar resurser efter nöd och behov, då de patienter med svårare åkommor kan komma att slussas vidare medan de med lättare åkommor får vård eftersom de kräver mindre resurser.

Citat 10: Sveriges Läkarförbund

“Nackdelen med målrelaterade ersättningar är att det utvecklas många indikatorer, som uppfattas leda till detaljstyrning, fel prioriteringar och ökad administration. Läkarförbundet anser att de detaljerade kvalitetsmåten bör användas sparsamt och inriktas på områden där det finns uppenbara brister. Försiktighet ska iaktas när det gäller att koppla kvalitetsmått till ersättningar. Inrapportering måste alltid stödjas av IT-lösningar.” (Sveriges läkarförbund 2013, s.97)

Eftersom DRG är ett ersättningsbaserat styrinstrument finns det risk med att det leder till felprioriteringar som ökar ersättningen men inte ökar kvaliteten inom vården. Ökad administration är ett resultat av detta. En ökad administration leder till att vårdpersonalens patientrelaterade tid minskar vilket redan verkar vara ett problem av DRG som vi konstaterat innan. Mindre tid för patienter ökar risken att patientens behov ej säkerställs.

Citat 11 och 12: Sveriges Läkarförbund

“Fler patienter läggs in på sjukhus, men att de vårdas under kortare tid och för allvarligare sjukdomstillstånd än tidigare.” (Sveriges läkarförbund 2013, s.82)

“Det gäller inte minst de äldre, som numera vårdas längre i hemmet än tidigare. Den utvecklingen leder till högre krav på primärvården och på personalen i landets alla primärvårdsenheter. Högre krav ställs också, i konsekvens med detta, på den kommunala hemsjukvården.” (Sveriges läkarförbund 2013, s.82)

En konsekvens av DRG blir att sjukhusen vill få ner vårdtiden för inneliggande patienter eftersom längre vårdtid på sjukhuset resulterar i högre kostnad för kliniken och i vissa fall utebliven ersättning. Frågan som kan ställas är om detta går hand i hand med att patienters rättigheter och behov uppfylls och om patienter får de resurser som de faktiskt behöver. Resultatet som beskrivs här är hur ekonomiska incitament leder till att vården som innan sköttes av sjukhus, flyttas över på till exempel hemsjukvården.

DRG förutsätter att samma förutsättningar gäller dvs det blir den genomsnittliga kostnaden för varje diagnosgrupp som sätts som pris. Sjukhusen ersätts ej för den tid och resurser som de lagt ner men för varje DRG kod. Det finns ca 500 koder där man multiplicerar poängen med ett konstant belopp, detta är en förenkling och ersättningar tar hänsyn till bidiagnoser, kön och ålder etc (Zaremba 2013, s.51f). DRG tillämpar kostnadsytterfall (ingen erhållen ersättning då patienter till exempel överskrider ett visst antal dagar på sjukhuset) för att hålla kostnaderna nere för sjukhusen (Zaremba 2013, s.53).

Citat 13: SKL 2008

“Ersättning av prestationer, ofta ersättning med en bestämd summa för ett standardiserat patientfall. DRG är typexemplet på denna metod. Metoden ger vissa incitament för aktivitet men inbjuder också till välkända försök att selektera patienter, att manipulera diagnoskodning etc. Bidrar till kostnadskontroll enbart om metoden kopplas till en budget” (Sveriges Kommuner och Landsting 2008, s.12)

Här varnar SKL konkret om de risker som finns med ersättningssystem som DRG. Att selektion av patienter kan förekomma syftar tillbaka till hur vissa patienter ej ses som lönsamma selekteras bort. Detta är ett exempel på hur DRG i vissa fall kan leda till en ojämnlik vård. Diagnosmanipulering, som tagits upp tidigare, syftar till att de diagnoser med hög ersättning kan ge incitament till överanvändning av dessa utan underliggande syfte. Detta visar relativt tydligt hur patienten ej sätts i första hand utan nedprioriteras pga ekonomiska skäl. Dessutom får patienten en diagnos som hen inte har.

Citat 14: SKL 2009

“Vid en i förväg fastställd ersättning per läkarbesök ges exempelvis vårdproducenten incitament att minska kostnaderna per besök och att öka antalet besök. Syftet när man inför prestationsbaserade ersättningar är därför oftast att öka produktiviteten. Å andra sidan riskerar prestationsbaserade ersättningar att ge upphov till dysfunktionella beteenden som går ut över kvaliteten i verksamheten, i form av exempelvis olika urvalsmekanismer eller underbehandling av svåra patienter” (Sveriges Kommuner och Landsting 2009, s82)

Produktivitet är viktigt inom den offentliga sektorn, att till exempel kunna tillgodose många patienters behov. Dock måste produktivitet kombineras med demokratiska värden och inte genomföras på bekostnad av dessa. Istället bör fokus ligga på att kombinera produktivitet med demokratiska värden som Lundquist argumenterar för i *vårt offentliga etos*.

Citat 15: DRGs and quality: For better or worse?. Diagnosis Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals.

“A longitudinal study of patient-reported quality of care in two Swedish hospitals suggested that the quality of care as perceived by patients – especially with respect to treatment by staff – decreased after the introduction of DRG-based payment” (Zeynep och Häkkinen 2008, s.120)

Här beskrivs det hur resultatet efter införandet av DRG inte ledde till någon förbättring i den patientupplevda kvaliteten utan att denna försämrades. Speciellt med avseende på hur patienter upplevde den behandling de fick av sjukvårdspersonalen, denna upplevdes bli sämre efter DRG-införandet. Att införandet resulterade i denna negativa utveckling i bemötandet kan tänkas bero på det som vi tidigare tagit upp hur DRG leder till en produktionsjakt, att hela tiden producera mer för att uppnå högre ersättning. Kommunikation mellan patient och personal är viktigt inom vården får att få patienter att känna sig trygga och för personalen att samtala med dem och säkerställa att deras behov säkerställs. Tid är en resurs precis som pengar och att denna nedprioriteras för produktionskrav visar hur vissa resurser ej fördelas efter behov och nöd, utan ses som mindre viktig. Sedan är det alltid svårt att dra slutsatser om patienters upplevda kvalitet då detta är väldigt subjektivt.

Citat 16: DRGs and quality: For better or worse?. Diagnosis Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals.

“The evidence from Sweden also confirmed that the introduction of DRG-based payments contributed to an increase in re-coding diagnoses and increased the number of secondary diagnoses recorded per case” (Zeynep och Häkkinen 2008, s.120)

Sammanfattningsvis för att summera vad vi ser när vi studerar DRG och dess effekter på demokrativärden är att vi ser att det finns stora brister som återkommer i studien av det aktuella materialet. Vanligaste kritiken som riktas just mot införandet av ersättningsystem

som DRG är att det leder till en uppmuntran av odemokratiskt beteende även om detta inte var avsett. När ekonomisk ersättning ges på basis av diagnoser blir det ett ekonomiskt incitament att ställa diagnoser som ger högre ersättning. Detta är en allvarlig brist inom vården då felaktiga eller irrelevanta diagnoser kan hota patientsäkerheten och resultera i att patientens välbefinnande inte sätts i första hand som det ska göra. Att prislistor varierar i landet, att en patient kan få olika diagnoser baserat på vart hen bor och hur ersättningen styr diagnoserna visar hur DRG inte står för en jämlik vård.

6.2.3 Kvalitet och DRG

Efter att studerat DRG ur både NPM-dimensionen och demokratidimensionen kan vi se hur DRG ser ut att ha påverkan på kvaliteten inom vården. Sett till Socialstyrelsens riktlinjer för vad kvalitet bör innehålla kan vi se hur DRG innebär brister. DRG är ett system som utgår från att fall av diagnoser är lika oavsett patient. Systemet är standardiserat och är inte anpassat efter individuella behov, utan utgångspunkten är prislistorna som utgår från en genomsnittspatient. När det kommer till effektiviteten ser vi att DRG ökar produktiviteten vilket kan ses som ett mått på effektivitet, då produktionen ökar inom vården och fler patienter får träffa läkaren. Ett resultat som noterats är hur patienter slussas vidare inom vården eftersom de ej är lönsamma att behandla visar på hur tillgängligheten försämrats. Vården bör vara tillgänglig för alla för att få den vård som de har rätt till enligt lagen. Vården ska vara rättvis och inte skilja på person och ge resurser till de som behöver vård. Detta tyder på att tryggheten för patienter kan försämrats med DRG.

6.3 Lean-modellen

6.3.1 Lean och NPM

Den andra styrningsmodellen vi valt att granska är Lean. Lean är en styrningsfilosofi som lägger fokus på hur hanteringen av resurser sker. Dess ursprung kommer från det japanska bilmärket Toyota. Lean kan förklaras som en slags nytaylorism, ett industriellt tänkande där ledtider minimeras och lagerhållning optimeras. Huvudsyftet är besparingar vilket ses som en stor anledning till att det används inom sjukvårdssektorn (Hall 2012, s.9). Lean kan ses som en del av den stora framväxten av managementbyråkratin i Sverige och som en effekt av uttalade krav på att den offentliga sektorn bör effektiviseras (Hall 2012, s.14).

Wollmack och Jones (1996) har identifierat fem principer som anses centrala inom Lean:

1. Specificera produktens eller tjänstens värde ur kundens perspektiv.
2. Identifiera värdeflödet. Skilj mellan värdehöjande respektive icke-värdehöjande arbete ("slöseri") ur ett kundperspektiv.
3. Skapa maximalt flöde genom processen genom att eliminera olika typer av slöserier och hinder i processen.
4. Skapa ett dragande (pull) system, dvs. ett system där kundens efterfrågan styr produktionen.
5. Sträva efter perfektion dvs. en process med noll fel och inga slöserier. (Innovationsrådet 2012, s.15)

I den första punkten ser vi hur den tydligt handlar om att agera utifrån kundens perspektiv. Detta är inte konstigt då denna modell är skapat av ett kommersiellt företag som måste vara kundorienterat för att överleva. Denna kundorientering har en stark koppling till NPM-filosofin. Att identifiera vad som är av värde för kunden kan kopplas till att engagera istället för att betjäna. Att de som tar del av tjänster får vara med i utformningen av tjänsten. Att skapa optimerat flöde handlar om att arbeta effektivt och kan även kopplas till att vara resultatorienterad. Ett system där kunden styr efterfrågan kan kopplas till att engagera istället för att betjäna. Den sista punkten är att sträva efter perfektion och att minimera slöseri kopplas till dimensionens del om att vara uppdragsstyrd. Resurser ska användas för huvudsyftet och ej i onödan.

Vi kommer nu analysera citat ur materialet vi tagit del av med dimensionen för NPM.

Citat 1: SKL rapport 2012

”Vi har blivit mer och mer duktiga på att tänka ur kundperspektiv och inser att vi måste fokusera på service och bemötande.” (Sveriges kommuner och Landsting 2012, s.15)

Ovan nämnda citat är från Vänersborgs kommun som implementerat Lean modellen. Fokus på kunder är centralt för NPM och även Lean har lagt vikt vid ett kundfokuserat arbete. SKL, som genomfört studien, undersöker implementeringen av Lean inom sjukvården i sju olika kommuner.

Citat 2: SKLs rapport 2012

“Genom att (under vissa förutsättningar) akuten togs bort från flödet ökade möjligheten för patienten att bli opererad inom 24h, vilket är det mål som satts”. (Sveriges kommuner och Landsting 2012, s.13)

Här kan vi urskilja ett tydligt mål-och resultatfokus, att man arbetar utifrån vilka resultat man önskar att nå, vilket är ett av kännetecknen för NPM. Lean lägger också fokus på resultat, men i mindre grad än NPM.

Citat 3: SKL rapport 2012

“Mätning av effektivitetsökning: Man tittade i 5-minutersvall vad alla personalkategorier jobbade med och hur mycket man fick gjort. En handfast mätning alltså”. (Sveriges kommuner och Landsting 2012, s.13)

För att kunna utvärdera ett mål- och resultatriktat arbete behövs mätningar för att påvisa utfallet. Ovanstående citat går väl ihop med NPM- filosofin med begrepp som effektivitet och mätning. Mätning hänger också ihop med fokus på mål- och resultatutvärdering.

Lean har några likheter med NPM, men också faktorer som skiljer dem åt enligt vår granskning. Vi syftar till att även jämföra Lean med demokrativärden för att med säkerhet klargöra om Lean kan sägas ha någon påverkan på demokrativärden inom vården.

6.3.2 Lean och demokrativärden

Citat 1: SKL rapport 2012

”Sjukhuset arbetar sedan flera år mot att bli ett processorienterat. Huvudprocesserna sätter mål utifrån kundens (patientgruppens) uttalade och outtalade behov och hur dessa mål följs upp. Några exempel på mål och resultat:

- *Andel patienter med lunginflammation som får antibiotika inom en timma från ankomst - stark förbättring*
 - *Andel patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar - över tid växlande resultat*
 - *Andel diabetiker som får råd och recept om fysisk aktivitet - stark förbättring ”*
- (Sveriges kommuner och Landsting 2012, s.12)

Att resurser fördelas efter nöd och behov är en av våra indikatorer på demokrativärden. Lean lägger fokus på att effektivisera arbetsprocessen, vilket skulle kunna leda till antagandet att en effektivare arbetsprocess leder till frigjord tid och resurser, vilket i sin tur leder till att patienter i större grad får hjälp utifrån nöd och behov. Detta är en hypotes. Vad som kan ifrågasättas är om dessa redovisade mål är en verklig indikator på att resurser fördelas efter verklig nöd och behov. Exempelvis skulle rådgivning till diabetespatienter kunna antas inte vara ett lika akut problem som resurstillförsel till förlossningsvård.

Citat 2: Innovationsrådet 2012

“Hälften av artiklarna visar kortare genomloppstider, men ingen har mätt om patienten kom tillbaka till akuten för att vården vid första tillfället varit bristfällig eller hur vårdens kvalitet i övrigt har påverkats. Problemet med att kvalitetsmätningar saknas är att det inte går att utsluta att ökad flödeseffektivitet på akutsjukhusen kan ha skett på bekostnad av vårdkvalitet.” (Innovationsrådet 2012, s.34)

Här ses tydligt hur Leans fokus på effektivisering med till exempel tidsmått som ett sätt att mäta resultat kan ge en vilseledande bild. Vården har blivit effektivare genom att tiden per patient minskat och att vårdpersonal tack vare detta kan träffa fler patienter. Dock kan detta innebära att patientens behov och säkerhet blir bristfälliga då dessa mått ej säger någonting om vårdens faktiska kvalitet och om patientens behov säkerställs. Det kan dock ses som att vården med tidsfokus försöker agera gott genom att ge fler patienter vård.

Citat 3: Innovationsrådet 2012

“Gemensamt för lean, oavsett om det gäller industri, privat eller offentlig verksamhet, är att slöserier identifieras i förhållande till kund.” (Innovationsrådet 2012, s.34)

Här ser vi återigen fokus på att resurser bör hanteras på ett effektivt sätt och ej i onödan. Detta kan kopplas till dimensionen för demokrativärden av att vilja agera gott, då resurser ska användas vid behov. Det är dock viktigt att resurser inte sparas på i nödan för att kunna uppnå mål om att spara in på resurser och ej slösa. Utan att de faktiskt används vid behov men ej i överflöd.

Citat 4: Innovationsrådet 2012

“Om slöserier definieras utan att ta hänsyn till variationen i kundens behov och förutsättningar riskerar leanarbetet att enbart skapa maximalt flöde och värde för en viss kundkategori.”(Innovationsrådet 2012, s.34)

Återigen tas problemet med alltför stort fokus på produktion upp och som kan innebära negativa konsekvenser för kunderna (patienter) och att deras behov ej tas i beaktning. En konsekvens av detta kan bli att resurser ej fördelas efter behov. Tid är en resurs som är viktig inom vården. Att hela tiden pressas till att hålla patientbesök korta kan resultera i att patienter inte får de resurser som de behöver vilket leder till en försämrad vård och att patienternas säkerhet kan ifrågasättas.

Citat 5: SKL rapport 2012

“Ett problem med att redovisa vinster i direkta ekonomiska termer kan vara att medarbetare då kan uppleva att man genom att medverka i leanarbetet bidrar till personalneddragningar. Den primära ingången bör vara att man kan göra mera och bättre.” (Sveriges Kommuner och Landsting 2012, s.18)

Fokus på ekonomistyrning kan leda till att vårdpersonal känner att de hela tiden måste prestera i förhållande till ekonomisk vinst för att inte bidra till personalneddragningar. Om fokus läggs på detta istället för att fokusera på att göra vården bättre för patienterna är detta oroande. Utgångspunkten bör alltid vara att ge patienten den bästa möjliga vården utifrån aktuella premisser. Fokus på ekonomistyrning bör inte påverka vårdpersonalens agerande vilket det kan riskera att göra utifrån ovanstående citat.

Citat 6: Arbetsmiljöverket 2016

“Arbetsgrupper prioriterade effektivitet och produktivitet över kvalitet och patienternas upplevelse. Även om det finns mindre dötid, uttrycktes en oro för patientsäkerheten eftersom medarbetare arbetade under tidspress.”(Arbetsmiljöverket 2016, s.33)

Här ser vi hur leans fokus på effektivisering kan leda till negativa konsekvenser för patienterna och deras säkerhet. Dötiden minskade vilket kan vara positivt ur en demokratisk synvinkel då deras tid används för att skapa värde men det kan även leda till att patienter kanske inte får den tid som de behöver sett ur ett vårdperspektiv. Att personalen är stressad för att hinna med allt kan påverka patientsäkerheten då de kanske ej får den vård de behöver. Detta visar på hur lean kan leda till att säkerheten för patienter blir lidande och hur patientens vård och säkerhet nedprioriteras för att uppfylla tids- och effektivitetsmål.

6.3.3 Kvalitet och Lean

Efter att studerat lean utifrån båda dimensionerna ser vi att lean kan anses påverka kvaliteten inom vården både positivt och negativt. Implementeringen av lean inom sjukvården är främst fokuserad på effektivisering, att maximera produktionen samt att ej slösa med resurser. Det finns risker att kvaliteten påverkas negativt då säkerheten för patienten minskar när tiden per patient reduceras. Detta kan leda till att patienter ej får rätt diagnoser eller den vård de behöver, som de enligt HSL ska få. Samtidigt är effektivitet en viktig faktor. Det är en skattefinansierad verksamhet som bör bedrivas effektivt och utnyttjas på ett sådant sätt att varje krona skapar maximal nytta för patienterna.

7. Slutsats

I vår gjorda analys har vi kunnat visa på att både DRG och Lean innehåller klara drag av NPM-idéer och är tecken på NPM:s mångåriga inverkan på den svenska sjukvården. Dimensionen av NPM återspeglade mycket från teoriavsnittet, till exempel ett fokus på produktivitet och effektivisering samt även en betoning av att jämföra olika vårdenheter med varandra, vilket är ett tecken på NPM:s fokus på konkurrens. Detta samtidigt som man använder tillgängliga resurser på ett ansvarsfullt sätt för medborgarna. Det är tydligt hur ett marknadsideal har präglat båda dessa styrningsmedel, inte minst Lean vars ursprung är från den privata sektorn. Precis som i teorin om NPM har vi sett hur dessa styrningsmedel fokuserar mer på resultatet än hur själva implementeringen sker, det handlar om att kunna jämföras med andra sjukvårdsenheter och visa upp en kontinuerlig förbättring. Teoridelens kritik mot NPM har också bekräftats i analysdelen. Vi såg i Lean hur mätningar kan påverka arbetet och uppfattas negativt hos personalen. Vi har även sett hur personalen blir "slav under metoden" som Powell beskrev det (se avsnitt 3.2). Framförallt såg vi detta i avsnittet om DRG, där patienter som ej ansågs lönsamma skickas vidare inom vården för att istället prioritera lönsamma patienter. Detta för att maximera ersättningen utifrån DRG-poängen.

Vi har även med hjälp av dimensionen för demokrativården kunnat utläsa hur båda styrinstrumenten DRG och Lean kan leda till att demokratiska värden i viss mån kan nedprioriteras för att uppfylla resultatmål inom verksamheten. Till exempel såg vi i citat 13 (avsnitt 6.2.2), där SKL varnar om att man selekterar bort vissa patientgrupper, i ett annat citat sågs risken med att manipulera diagnoskoderna (se citat 8, avsnitt 6.2.2). Även Lean kan bidra till ett alltför stort fokus på effektiviteten på bekostnad av vårdens kvalitet (se citat 6 i del 6.3.2). Lean har dock enligt vår analys haft både positiv och negativ påverkan på demokrativården inom vården och det verkar bero mycket på hur implementeringen av Lean sker i verksamheten. DRG visar tydligare hur demokrativården får stå i bakgrunden för resultat och effektivitetsmål. Dock kan DRG ändå bidra till en mer effektiv vård vilket är huvudsyftet med metoden, att pengar används på ett ansvarsfullt sätt vilket är positivt för demokratin. De demokrativården som vi främst sett en påverkan på är hur styrinstrumenten påverkar patientsäkerheten, jämlikheten inom vården (framförallt DRG), fördelning av resurser och att patientens bästa sätts i första hand. I vår analys har vi sett hur både DRG och Lean kan användas för att utveckla vården positivt genom sitt fokus på produktivitet och att det som mäts är det som är enklast att kontrollera, dock fångas inte kvaliteten upp i tillräckligt hög utsträckning med dessa styrinstrument.

Sammanfattningsvis har vår studie visat att DRG och Lean kan ha påverkan på demokrativården inom sjukvården och hur detta kan påverka kvaliteten inom vården.

För fortsatt forskning inom ämnet vore det kanske intressant att se mer ingående hur personal inom vården uppfattar dessa styrinstrument, till exempel genom ett stort urval av intervjuer med vårdpersonal, ekonomichefer och andra grupper för att se om och hur åsikter skiljer sig

mellan olika yrkeskategorier. Det vore även intressant att göra en komparativ studie för att se om implementeringen av dessa styrinstrument skiljer sig åt mellan olika länder och i så fall varför och hur.

8. Referenser

8.1 Offentligt tryck

Anell Anders (2010). *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso och sjukvården* (2010:7). Stockholm: Finansdepartementet (Elektronisk). Tillgänglig: https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2013/07/ESO-2010_7-till-webben.pdf

Arbetsmiljöverket (2016). *Konsekvenser av lean produktion för arbetsmiljö och hälsa* (Elektronisk).

Tillgänglig:

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/konsekvenser-av-leanproduktion-for-arbetsmiljo-och-halsa-kunskapssammanstallning-rap-2016-5.pdf>

Dir 1992:8, Kommittédirektiv. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet

Innovationsrådet (2012) *Lean och systemsyn i stat och kommun – förutsättningar, hinder och möjligheter*. Stockholm: Innovationsrådet (Elektronisk). Tillgänglig:

<http://www.exmdl.se/upl/files/102925.pdf>

Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen (Elektronisk).

Tillgänglig:

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen (2011) *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Stockholm: Socialstyrelsen (Elektronisk).

Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18389/2011-6-38.pdf>

Socialstyrelsen (2015) . *DRG-statistik 2015 En beskrivning av vårdkonsumtion i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen (Elektronisk).

Tillgänglig:

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20639/2017-6-3.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *DRG-statistik 2016: En beskrivning av vårdkonsumtion i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen (Elektronisk). Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20861/2018-1-38.pdf>

Sveriges kommuner och Landsting (2008). *Utveckling av ersättningssystem inom hälso-och sjukvård: En översikt av tillämpningar erfarenheter och utvecklingslinjer* (Elektronisk). Tillgänglig: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-353-7.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Att analysera hälso-och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: En metodstudie baserad på öppna jämförelser* (Elektronisk). Tillgänglig: <https://skl.se/download/18.33ccf562145ac94e998f15ae/1401187919388/skl-OJvard08-metodstudie-06-08.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Lean-Motiv, Initiativ, Implementering och resultat*. Stockholm (Elektronisk). Tillgänglig: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-783-2.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges Läkarförbund (2013). *Varför kan inte doktorn komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård* (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.slf.se/Pages/46555/Varf%C3%B6r%20kan%20inte%20doktorn%20komma_hela_rapporten_inklbil.pdf

Tillitsdelegationen (2017) *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*. (SOU 2017:56). Stockholm: Finansdepartementet.

Välfärdsutredningen (2017) *Kvalitet i välfärden - bättre upphandling och uppföljning*. (SOU 2017:38). Stockholm: Finansdepartementet.

8.2 Tidskriftsartiklar och elektroniska resurser

Ahlbäck Öberg, Shirin och Widmalm, Stig. 2016. *Att göra rätt när ingen ser på*.

Statsvetenskaplig tidskrift. (Elektronisk) Hämtad: 16 april 2018.

Tillgänglig:

<https://statsvetenskapligtidskrift.files.wordpress.com/2016/03/2016-nr-01-01-ahlbc3a4ck-widmalm.pdf>

Or, Zeynep och Hakkinen, Unto. (2011). *DRGs and quality: For better or worse?. Diagnosis Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. 115-129 (Elektronisk).

Tillgänglig: http://eurodrgr.projects.tu-berlin.de/publications/DRGbook/Ch8_Or.pdf

8.3 Litteratur

Beckman, Ludvig. 2005. *Grundbok i idéanalys*. Santérus förlag, Stockholm.

Bergström, Göran och Boréus, Kristina (red.) 2015. 3.uppl. *Textens mening och makt*. Studentlitteratur AB, Lund.

Frederickson George H – Smith, Kevin B – Larimer, Christopher W – Licari, Michael J, 2015. *The Public Administration Theory Primer*. Boulder Co: Westview Press Inc.

Gaebler, Ted och David Osborne. 1994. *Sluta ro börja styra!*. Tidens förlag, Stockholm.

Hall, Patrik , 2012. *Managementbyråkrati: organisationspolitisk makt i svensk politisk förvaltning*.

Hasselbladh, Hans, Bejerot, Eva, och Gustavsson, Rolf Å. 2008. *Bortom new public management - institutionell transformation i svensk sjukvård*. Academia Adacta , Lund.

Lindgren, Lena. 2014. 2:a Uppl. *Utvärderingsmonstret : kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Studentlitteratur, Lund.

Lundquist, Lennart. 1998. *Demokratins väktare - ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Studentlitteratur, Lund.

Zaremba, Maciej, 2013. *Patientens pris- ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Svante Weyler Bokförlag AB, Stockholm.