

# Omorganisering som medicin?

En uppsats om att organisera den svenska sjukvården

Charlotta Hansell

# Abstract

The health care is an important part of the welfare services in Sweden. Therefore it is of large interest that it is well performing. A part of this is related to how the health care is organized. This essay examines how the Swedish health care has been organized between 1960 and 1990 and what organizational changes that have been made to the health care. It shows that the Swedish health care has undergone many organizational changes the last decades. The most apparent change is the expansion of the health care in the 1960's and 1970's compared to the policies of restraint later, especially in the 1990's. There are trends in what have been in focus while doing reforms in the health care sector. From planning in the 1960's and 1970's to decentralization in the 1980's, continuing with market principles as competition in the 1990's. The events can be understood as a reaction to the context of where the health care is a part, where especially economy is an important factor.

It is also clear that health care is a particular difficult area to organize, mainly due to its size, many actors, its high grade of professionalism and its complex organization.

Nyckelord: sjukvård, hälsa, organisering, förändring, landsting

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>2</b>
1.1	Syfte.....	3
1.2	Avgränsningar och definitioner .....	3
1.3	Metod och material.....	4
1.4	Tidigare forskning .....	4
1.5	Disposition.....	5
<b>2</b>	<b>Bakgrund till hälso- och sjukvården på 1900-talet .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Organisering och omorganisering .....</b>	<b>8</b>
3.1	Vad är så speciellt med hälso- och sjukvården? .....	9
<b>4</b>	<b>Det stora sjukhusbyggandets tid.....</b>	<b>12</b>
4.1	Mer ansvar för landstingen, 1960-tal och framåt .....	12
4.1.1	Rationalisering och planering.....	13
4.2	Fortsatt planering och ökade kostnader in på 1970-talet.....	14
4.2.1	Att finna en helhetssyn, samordna och att decentralisera.....	15
4.2.2	Förändrade uppgifter .....	16
<b>5</b>	<b>Åtstramning, styrning och nya lösningar? .....</b>	<b>17</b>
5.1	Ökande kostnader och krav – 1980-talet .....	17
5.1.1	Decentralisering.....	19
5.1.2	Planering och helhetssyn övergår i marknadslösningar .....	20
5.1.3	Resursbrist = ökade krav att prioritera .....	21
5.1.4	Decentraliseringen ställer krav på styrning .....	21
5.2	Ekonomiska incitament och marknad på 1990-talet.....	22
5.2.1	Nya sätt att styra och nya utförare .....	23
5.2.2	Fortsatta prioriteringar .....	23
5.2.3	Ädelreformen –och några förändringar till.....	24
<b>6</b>	<b>Framåtblickar.....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Avslutande diskussion.....</b>	<b>27</b>
7.1	Vilka är förändringarna som skett och vad är bakgrunden?.....	27
7.2	Hur kan dessa förändringar förstås utifrån hälso- och sjukvårdens egenskaper? .....	29
<b>8</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>32</b>

# 1 Inledning

Olof Peterson menar (2002 s. 19 f.) att en av de största samhällsförändringarna under 1900-talet är tillväxten av den offentliga sektorn. Framför allt avses då hälso-, utbildnings- och vårdsektorerna. I och med att den offentliga sektorn expanderat så mycket under detta århundrade har den blivit något av ett problem i sig, inte bara lösningen på olika samhällsproblem. En viktig och mycket stor del av den offentliga sektorn är hälso- och sjukvården.

Just nu utreds ansvaret för och organisation av den framtida sjukvården i Sverige. Ansvarskommittén heter den av regeringen tillsatta kommitté som fått i uppdrag att se över ansvarsfördelningen och strukturen inom Sveriges samhällsorganisation. Utgångspunkten är att ett stort problem i framtiden kommer vara att samhället i ännu högre grad karakteriseras av att anspråk och krav överstiger resurserna som finns tillgängliga. Därmed har kommittén till uppgift att finna strategier för att få till en tydligare ansvarsfördelning i samhället, och ökade möjligheter till utveckling på den kommunala och statliga nivån. Sedan skall denna kommitté vidare utreda de den framtida ansvarsfördelningen för de viktigaste områdena i samhället. (SOU 2003:123 s. 7) Ett av de prioriterade områdena är då den framtida organisationen av hälso- och sjukvården. (SOU 2003:123 s. 15) Just nu kan också även utanför detta arbete bland annat en debatt höras om landstingens vara eller icke vara och det finns många som menar att landstingen är för många, för små, eller rent utav helt onödiga, samtidigt som andra vårdorganisatoriska frågor är aktuella.

Sjukvårdens organisation är en fråga som de flesta någon gång diskuterar, om inte annat när man själv kommer i kontakt med vården. Likaså har sjukvården ständigt varit ett mål för omorganiseringar och förändringar. Frågan är hur den svenska hälso- och sjukvården hamnade där den är idag och vilka val som lett fram till denna punkt.

## 1.1 Syfte

Syftet med denna uppsats är att genom att beskriva utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sverige de senaste decennierna förstå hur olika förändringar i organisationen lett fram till dagens aktuella situation. För att uppfylla detta syfte ska följande frågor försökas besvaras:

- Vilka är förändringarna som skett?
- Vilken är bakgrunden till förändringarna?
- Hur kan dessa förändringar förstås utifrån hälso- och sjukvårdens egenskaper?

Syftet är inte att i detalj beskriva enskilda reformer eller att ta upp precis alla förändringar som skett i den svenska hälso- och sjukvården utan att genom en överblick av de senaste decenniernas händelser försöka se en helhet och en utveckling.

## 1.2 Avgränsningar och definitioner

Tidsmässigt har denna undersökning begränsats till att framför allt gälla från 1960-talets början och framåt, och det är den svenska sjukvården som har studerats. Det är svårt att ange ett exakt årtal eftersom det är svårt att säga precis när händelser startar och slutar i sådana här fall, då olika förändringar tenderar att gå in i varandra och växlingar sker gradvis. Organiseringen av hälso- och sjukvården har likaså avgränsats till att i huvudsak gälla den delen av organisationen som rör administrationen, eftersom det inte är möjligt att diskutera allt som skett i verksamheten inom ramen för denna uppsats. Likaså har uppsatsen avgränsats till att studera främst den hälso- och sjukvård som bedrivs i offentlig regi. De delar av tandvården som ligger under landstingens ansvar tas inte upp i uppsatsen.

Beroende på vilken författare man vänder sig till så kan omorganisering och reformer innebära olika saker. I denna uppsats används dock begreppen för att beteckna samma sak, nämligen hur man i huvudsak från politiskt och/eller administrativt håll försökt ändra den svenska hälso- och sjukvården strukturer och arbetsätt genom olika typer av medveten omorganisering i syfte att förbättra något. (se exempelvis Brunsson – Olsen, 1990, för en diskussion kring detta)

Det kan också tilläggas att hälso- och sjukvård liksom sjukvård är begrepp som används synonymt med varandra i denna uppsats.

## 1.3 Metod och material

Det finns en mängd tidigare forskning om organiseringen av den svenska sjukvården. Mycket av forskningen är inriktat på speciella reformer eller kortare tidsperspektiv och en del av denna forskning tas upp längre fram i uppsatsen.

Som syftet är utformat för denna uppsats så är det nödvändigt med ett lite längre tidsperspektiv för att få en möjlighet att se någon utveckling av hur sjukvården förändrats och organiserats. Därför är metoden och materialet att använda andra författares forskning om organisering och hälso- och sjukvård på ett kvalitativt sätt. När syftet är att mer få de generella dragen i utvecklingen blir det omöjligt att dels ta upp alla händelser, dels ägna dem alla lika mycket uppmärksamhet. Genom att låta andra forskare peka ut de förändringar som ägt rum inom hälso- och sjukvården blir det möjligt att få en bred överblick över de senaste decenniernas utveckling, liksom vilka skeenden som anses vara viktiga.

Genom att sammanställa denna forskning och analysera den kvalitativt, kan den förståelse av utvecklingen inom hälso- och sjukvården fås som är nödvändig för att se de förlopp som krävs för att besvara syftet. Därefter kommer till viss del jämförelser att göras mellan de olika händelserna mot varandra och över tiden. Tillvägagångssättet är därmed i hög utsträckning induktivt. Ett induktivt sätt att närma sig ett problem innebär att ta sig an ett område utan några direkta hypoteser med syfte att skaffa sig en helhetsförståelse av den studerade företeelsen. (Halvorssen 1992 s. 78)

Denna typ av historisk analys är vanligt när organisationer studeras enligt en tanke om att det krävs en förståelse av organisationens historia för att förstå vad som format dagsläget. (Lundahl – Skärvad 1992 s. 166)

Det material som används leder till att en viss försiktighet krävs eftersom syftet besvaras med hjälp av andra forskares tolkningar av den svenska sjukvårdshistorien. För att minimera risken för att dra helt felaktiga slutsatser på grund av att vissa författare tolkat ett skeende speciellt, liksom för att få en god överblick över ett stort område, så har uppsatsen baserats på så många olika källor som möjligt. Likaså har källor använts av främst två typer, dels forskning som beskriver händelser vid ungefär samma tidpunkt, dels forskning som tittar tillbaka historiskt. Förutom detta så har det hela tiden förelegat en källkritisk hållning till materialet och materialet har valts ut med mål att finna så neutrala källor som möjligt.

## 1.4 Tidigare forskning

Som ovan skrivits så finns det mycket forskning kring att organisera hälso- och sjukvården och mycket av den kommer att tas upp i den fortsatta uppsatsen. I huvudsak så handlar större delen av den svenska forskningen om hälso- och sjukvår-

dens organisation om 1970-talet och framåt. (Hallin – Siverbo 2004 s. 12) En som har en längre horisont är exempelvis Rolf Å Gustafsson (1987) som skrivit om sjukvårdens organisation, utifrån ett historiskt och sociologiskt perspektiv. Hans avhandling behandlar omstrukturering av hälso- och sjukvården i ett tidsperspektiv som sträcker sig flera hundra år tillbaka men annars är delar av hans undersökning liknande den som görs i denna uppsats.

Bland annat frågar sig Gustafsson (1987 s. 2 ff.) varifrån akutsjukvården och lasaretten vuxit fram ur den svenska historien och vad som drivit denna utveckling, liksom varifrån andra vårdinstitutioner uppstått. Framförallt har han fokuserat på den formella organiseringsprocessen eftersom det är denna som är lättast att iaktta vid en tillbakablick. (Gustafsson 1987 s. 327 ff.)

Av dessa historiska återblickar ser Gustafsson (1987 s. 326 ff.) vissa mönster i de processer av omstrukturering och organisering som förekommit. Han menar att de händelser som lett fram till dagens former av sjukvård beror på en växelverkan mellan interna och externa faktorer. Existerande grenar av traditioner/institutioner har historiskt sett fått anpassa sig när nya aktörer uppkommit. Gustafsson skriver att det finns traditioner och kontinuitet tillbaka rent historiskt, sett till sjukvården. Genomförda reformer har anslutit till tidigare vårdtraditioner. (Gustafsson 1987 s. 334 ff.) Gustafsson konstaterar som ett resultat av sin studie att det saknas nya organisatoriska idéer i den svenska sjukvårdshistorien. (Gustafsson 1987 s. 363) Mycket av det som skett har varit en anpassning till organisatorisk tradition som kan spåras bakåt till i alla fall 1800-talet.

Ett annat exempel är Leif Borgert, organisationsteoretiker och företagsekonom. Hans avhandling (Borgert, 1992) behandlar också den organiseringen av den svenska sjukvården. Borgert undrar bland annat varför det föreligger en sådan fixering vid organisering i sjukvården, liksom att han diskuterar organisering som mode. Organiserandet av sjukvård ser han bland annat som ett försök att få ordning i de problem som inblandade aktörer ser, dels som en traktan efter modernitet. (Borgert, 1992 s. 228) Han ser också att landsting tenderar att lösa organiseringen av verksamheten på likartade sätt i samma tid, och förklaringsfaktorerna hämtar han både från interna och externa faktorer. Exempel på interna faktorer är exempelvis stöd från lagstiftningen medan en extern faktor kan vara politikerkulturen, där han menar (Borgert, 1992 s. 233) för- och emottänkande uppmuntras framför olika alternativ.

## 1.5 Disposition

Uppsatsen är disponerad på så sätt att efter inledningen följer en kortare bakgrund av den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling, för att det sedan följer en genomgång av några aspekter på organisering och omorganisering, med fokus på hälso- och sjukvård. Likaså diskuteras vad det som är så speciellt med hälso- och sjukvården och dess organisation. Efter dessa kapitel redovisas själva underlaget som ligger till grund för att besvara uppsatsens syfte. Detta material är strukturerat i kronologisk ordning i den utsträckning det varit möjligt, med början på 1960-

talet, för att ge läsaren möjlighet att följa utvecklingen på ett tydligt sätt. Det har dock inte alltid varit genomförbart eftersom saker inte alltid inträffar i en praktisk enkel följd. I samband med att olika skeenden beskrivs så görs också viss jämförelse. Avslutningsvis beskrivs en del av situationen i dagsläget. Efter denna genomgång kommer så en slutdiskussion där en sammanfattande analys görs och uppsatsens syfte diskuteras utifrån materialet.



## 2 Bakgrund till hälso- och sjukvården på 1900-talet

Sjukvården i Sverige har historiskt sett omorganiserats många gånger och har inte alltid varit en angelägenhet för den offentliga sektorn. Hälso- och sjukvården styrdes länge av Collegium Medicum, inrättat 1693, vilket omorganiserades först 1813 och sedan 1878 till Medicinalstyrelsen under vilken landets läkare var ställda. (Falk 1994 s. 9) Det var på 1750-talet som de första lasaretten instiftade genom delvis statligt initiativ. Vid sidan av lasaretten fanns de så kallade hospitalen som bland annat tog hand om psykiskt sjuka men även exempelvis patienter som inte gick att bota. Med tiden blev hospitalen mer renodlade sinnessjukhus. (Herlitz 1989, 76 f.).

Landstingen uppstod 1862 i samband med kommunalreformen. Den primära uppgiften var då som valkorporation för den första kammaren i riksdagen, även om exempelvis Axelsson (1990 s. 35) menar att de bildades med sjukvården i åtanke. De så kallade kroppssjukhusen flyttades då över från staten till landstingen medan huvudmannaskapet för provinsialläkarsystemet och mentalsjukhusen förblev statligt. När landstingen skapades fanns redan då konflikter mellan stat och landsting gällande verksamhet och skattenivå. Calltorp menar att historiskt sett har motsättningar varit centrala i diskussionen om hur sjukvården ska vara organiserad. (Calltorp 1989 s. 59)

1900-talet har varit en tid när sjukvården i Sverige har vuxit, framför allt inom den offentliga sektorn. Flera förklaringar ges i litteraturen. Bland annat så hittar Axelsson (1990 s. 35) dem i demografiska och sjukdomsrelaterade faktorer men viktigast menar han är den generella utvecklingen av välstånd. 1919 fick landstingen ansvar för epidemivården och på slutet av 1920-talet kom så en sjukhuslag som lade ansvar på landstingen att svara för slutna sjukvård så till vida att ingen annan gjorde det. Landstingen stod dock fortfarande under central tillsyn av Medicinalstyrelsen, sedan 1968 av Socialstyrelsen. (Falk 1994 s. 38 ff.) Så småningom kom dock hälso- och sjukvård att bli en allt viktigare del både ekonomiskt och politiskt och är idag den viktigaste delen av landstingens och i vissa fall regionernas uppgift. De tre största städerna ingick dock inte i landsting förrän Stockholms storlandsting inrättades 1971 liksom 1999 då Malmö och Göteborg trädde in i landsting. I Skåne pågår just nu regionförsök genom Region Skåne och i Västra Götaland med Västra Götalandsregionen. (Petersson O. 2000 s. 75 f.)

### 3 Organisering och omorganisering

”Med administrativa reformer avses här medvetna förändringar av organisationers former, deras strukturer, arbetssätt eller ideologier, i avsikt att förbättra deras beteende och resultat.” (Brunsson – Olsen, 1990 s. 11)

Sverige är ett samhälle med en hög förändringstakt, skriver Brunsson och Olsen (1990 s. 11 ff.) och dessa förändringar tolkas gärna som ett resultat av reformer, alltså att det är medvetna val som lett till förändring. Organisationer förändras för att fungera effektivare och bättre på något sätt. Formella organisationer är speciella på så sätt att de har någorlunda specificerade mål med en struktur som avgör arbetsfördelning liksom fördelning av auktoritet. Strukturer i organisationen ger incitament till vissa sätt att handla medan vissa sanktioneras.

Reformer är inte nödvändigtvis detsamma som *förändring*. Det är möjligt att reformera utan att det blir en faktiskt förändring i sättet organisationen fungerar, liksom förändringar kan ske utan att någon medveten omorganisering legat till grund. Omorganisering försök inleds som ovan nämnt för att förbättra något och om alla reformer verkligen förbättrat något så som det varit tänkt så borde exempelvis hälso- och sjukvården fungera mycket bättre idag än för 10 år sedan. Så är inte fallet. Många gånger leder reformer inte alls till förbättringar, bland annat på grund av implementationsproblem. (Brunsson et al., 1989 s. 10)

Omorganisering innebär många gånger att funktioner rörande produktionen och fördelningen av varor och tjänster, beslutsfunktionen, flyttas mellan olika delar av beslutsstrukturen. Två dimensioner i detta är nivå och sektor. Två stora sektorer är den privata och den offentliga sektorn, men dessa kan sedan delas upp i undersektorer. Exempelvis kan den offentliga sektorn sägas bestå av en statlig och en kommunal sektor. Nivå innebär mer organisationens bas i avseendet hur många invånare som berörs av verksamheten i fråga och exempel på olika nivåer i den offentliga sektorn är den centrala, regionala, lokala och sublokala nivån. (Bäck - Johansson 1993 s. 47 f.) Ett exempel på hur en organisationsförändring kan vara en förflyttning av beslutsfunktionen i den offentliga sektorn kan exempelvis vara decentralisering där beslutsfunktioner flyttas neråt i organisationen. Likaså kan legislativa förändringar vara en form av organisationsförändring som till exempel förändrar styrning eller ansvar. Styrssystem påverkar aktörers möjlighet till inflytande och vilka resultat som uppnås och därmed så ger förändringar effekter på resultaten. Beslutsfunktioner som flyttas mellan olika nivåer kan därmed ge till exempel demokratieffekter. Men reformer leds också av andra kriterier än demokrati, som rättvisa och effektivitet. (Bäck - Johansson 1993 s. 49 f.)

Ofta motiveras reformer alltså med någon form av problem, det är något som måste förändras för att bli bättre. Som Brunsson et al. uttrycker det: “det är svårt att genomdriva reformer utan att kunna hänvisa till att organisationen står inför ett problem som måste eller bör lösas” (Brunsson et al., 1989 s. 11)

Problemen kan vara både interna och externa och har ibland skapats av tidigare omorganiseringar då reformer tenderar att vara ensidiga och åtgärda något men förvärpa något annat. Det finns främst två typer av problem, de lösliga och de olösliga. Olösliga problem är till exempel de fall när det gäller att hitta den rätta balansen, som den mellan centralisering och decentralisering. Denna typ av problem tenderar att resultera i ständiga reformer. Brunsson et al. menar (1989 s. 12) att lösningarna för ett problem då kan växla mellan två punkter, som till exempel mellan centralisering och decentralisering.

Organisationer är sammanlänkade med sin historia och det är med tiden som det har utvecklats idéer om vad som är de goda resultaten och hur dessa uppnås, liksom vilka uppgifter som egentligen är viktiga. Detta leder till, skriver Brunsson och Olsen (1990 s. 14 f.) att vissa tankesätt tas för givna liksom att andra utesluts. Lösningar på olika problem är ofta ett resultat av vad som är på modet, menar Brunsson et al. (1989 s. 13). Ibland är marknadslösningar populära, ibland är det decentralisering. Likaså är ibland lösningen densamma som en tidigare använd sådan, liksom den som ovan nämnt kan vara den motsatta. Brunsson et al. anser (1989 s. 15) att det finns en rad inbyggda mekanismer för glömska i organisationer vilket möjliggör denna typ av upprepnings. Borgert säger (1992 s. 17 f.) fortsättningsvis att organisationsidéer inom sjukvårdssektorn, främst då landstingen, spritts fort över landet, något som han trots berott på speciella omständigheter inom sjukvården som en stark auktoritetstro. Dock har studier omkullkastat denna tes genom att visa att liknande tendenser finns inom både kommun och stat.

### 3.1 Vad är så speciellt med hälso- och sjukvården?

”Hälso- och sjukvård är världen över en notoriskt svårstyrd verksamhet. Det hänger samman med dess stora kunskapsinnehåll och grundmurade professionella kodex, såväl som de starka känslor som förknippas med sjukdom och död. Sjukvårdens inre organisation är synnerligen komplex och svår att påverka, också för dem som är satta att styra den.” (SOU 2003:123 s. 114)

Utvecklingen av sjukvårdsorganisationen har i litteraturen getts flera orsaker, av vilka många förknippas med direkta förändringar inom vården som teknisk utveckling vilket förs in genom den professionella yrkeskategorin. Dels förknippas det med krav från medborgarna. (Petersson H 1989 s. 13 ff.) Sjukvården har rent historiskt varit starkt sammanlänkad med läkarna som profession och dess auktoritet. Det speciella med en profession är bland annat att beslutsfattandet överläts från konsumenten till producenten (läkaren), då denna har särskilda kunskaper och bättre information om vilka alternativ som står till buds för konsumenten. (Carlsson – Westerberg 1985 s. 21)

Läkaren har ansvaret för det medicinska arbetet och står också för samordning, men hade dessutom tidigare ofta ansvaret att leda hela sjukhuset, vilket ledde till stora möjligheter att påverka beslutsfattandet. Till viss del påverkar detta också sjukvårdens utbud. Det är vanligen läkarna själva som fattar beslut om vilken behandling som ska ges, det vill säga de kontrollerar därmed kostnaderna i

hög grad. Läkarprofessionen har också haft möjlighet att fatta beslut som tar stora resurser i anspråk, utan att ta direkt ansvar för resursåtgången. (Carlsson – Westerberg 1985 s. 21) På så sätt anser exempelvis Jönsson och Rehnberg (1987 s. 18 f.) att läkarna själva ökat på den takt sjukvården expanderat i.

Läkarnas stora inflytande förändrades och försvagades dock till viss del under 1950- och 1960-talet, liksom sjukvården sedan framåt förändrats. En anledning till läkarnas svagare position idag är att det finns fler beslutsfattare inom vården där administratörerna i mycket övertagit läkarnas roll avseende ekonomi, planering och ledning. Likaså har en ökad teknokratisering gjort att de yrkesgrupperna som har annan teknisk kunskap har fått större inflytande. (Petersson H 1989 s. 18 ff.)

Dessutom har den tidigare enhetliga läkarprofessionen splittrats i flera olika, dessutom består dagens sjukvård av flera professioner förutom läkarna så som ingenjörer och fysiker. (Petersson H. 1989 s. 19 f.)

Dessa olika faktorer leder bland annat till att läkarna inte är den enda professionen inom sjukvården idag som har beslutsmyndighet och auktoritet utan snarare är den moderna sjukvården karakteriserad av flera olika starka aktörer. Förutom läkarna är andra viktiga aktörer administratörer och politiker. Dock behöver inte detta nödvändigtvis innebära ett slags kaos inom beslutsfattandet i sjukvården utan kan också leda till att olika auktoriteter utövar inflytande inom olika områden, som att exempelvis administratörerna främst sysslar med ekonomi och administrativa frågor medan läkarna ägnar sig åt det kliniska arbetet. (Petersson H. 1989 s. 20 f.) Czarniawska-Joerges anser (1988 s. 13) också att en faktor i sjukvården är att styrning inom en politisk-administrativ organisation är mer komplicerat. Exempelvis kan man både decentralisera och centralisera på samma gång genom att ge administration mindre kontroll över andra enheter medan politikerna ökar den direkta kontrollen av tjänstemännen eftersom en plattare organisation bidrar till att placera politikerna närmare administrationen.

Samtidigt råder en blandning av olika organisationstyper i den svenska sjukvården. Jan-Åke Lind, organisationsforskare och företagsekonom, menar (1993 s. 220 f.) att till att börja med finns där en demokratisk och en byråkratisk princip. Den byråkratiska organisationsprincipen innefattar ett styrsätt som utgår ifrån lagar och karakteriseras av att det råder hierarki i någon mån. Förändringar sker uppifrån från en huvudman. Demokratiprincipen innebär i stället att alla har rätt att medverka, påverka och enligt denna krävs det någon form av majoritetsvilja för att omorganisering ska komma till stånd.

Speciellt för sjukvården är den professionella principen där det är någon eller några specialiserade grupper av yrkesutövare, i en hierarki. Men till skillnad från i det byråkratiska angreppssättet så finns det inbäddade oskrivna regler, normer och värderingar. Makten att förändra ligger till viss del fortfarande hos en professionell elit. Dessa organisationsprinciper samspelar och Lind anser (1993 s. 222) att detta har blivit mer komplicerat under årens lopp just i sjukvården. Den professionella organisationsprincipen var länge rådande inom sjukvården och byråkratiska principer användes för att effektivisera. Sedan har man försökt att inlemma demokratiska principer.

När Leif Borgert studerar organiseringen av sjukvården under slutet av 1980- och början av 1990-talet kommer han som ovan nämnt bland annat fram till (1992

s. 232) ett antal olika förklaringar till att det är en sådan ensidighet i idéerna kring omorganisering oavsett landsting. En av dessa anledningar är att landstingen har relativt likartade förutsättningar, liksom att landstingen utbyter information med varandra i hög grad, vilket skapar gemensamma tankar. Dessutom kan föreställningen om lika sjukvård till alla som får sitt stöd i både lagar och samhället som helhet leda till en tanke om likartad organisation.

Det finns alltså en rad faktorer som gör att hälso- och sjukvården är extra komplicerad att organisera, bland annat den starka professionen och de många aktörerna. Likaså finns det en demokratisk aspekt som måste tas med. Därutöver är sjukvården en viktig verksamhet som alla medborgare berörs av. Därför är det extra många som har synpunkter på vården, liksom som är i behov av att den är väl fungerande.

## 4 Det stora sjukhusbyggandets tid

Under efterkrigstiden så började den svenska hälso- och sjukvården att expandera, och framförallt var det den slutna kroppssjukvården det gällde. Sjukhus byggdes som aldrig förr, ett byggande som kom att kulminera på 1960-talet. Den ökade efterfrågan på sjukvård möttes med utbyggnad av verksamheten liksom mer resurser där de behövdes. Detta kunde framförallt ske eftersom den allmänna samhälls-ekonomi var så pass bra. (Axelsson 1990 s. 39) Därför kallas ofta 1960-talet för ”det stora sjukhusbyggandets tid”. Expansionen som tog fart vid denna tid och fortsatte in på 1970-talet underlättades dels av finansieringen genom landstingsskatt, dels genom att politiker och läkare hade ett intresse i att skapa samhällsnyttiga institutioner som var tydligt synliga utåt, skriver Calltorp. (1989 s. 61) Likväl så fanns en förklaring i läkarprofessionens inflytande, menar Carlsson – Westberg (1985 s. 15ff.), då denna grupp av aktörer har ett stort inflytande på vårdefterfrågan genom att det är läkarna som fattar de medicinska besluten. Läkarna har ett intresse av att introducera ny teknologi i vården liksom att i egenskap av producent hålla efterfrågan på en hög nivå.

### 4.1 Mer ansvar för landstingen, 1960-tal och framåt

Under 1950-talet hade Sverige delats in i sju sjukvårdsregioner med varsitt regionsjukhus och med samarbete mellan landstingen i varje region. Sjukvården delades i samband med detta upp i två nivåer, läns- och regionsjukvård. (Hallin – Siverbo 2004 s. 44) Dessutom innebar huvudmannaskapet för sjukvården också genom 1959 års sjukhuslag att man nu hade ansvar även för att tillhandahålla öppenvård vid sjukhusen. Likaså överfördes ansvaret för långtidssjukvården från staten till landstingen samma år. (Falk – Nilsson 1999 s. 12) På 1960-talet fick landstingen och några större kommuner också ta över ansvaret för mentalsjukhusen från staten liksom ansvaret för provinsialläkarna. Några år senare, 1972, överfördes också ansvaret för provinsialläkarna till landstingen och Gustafsson skriver (1987 s. 366) att med detta bröts en tradition som sträckte sig flera hundra år tillbaka i och med att landstingen fick ansvar även för den vård som inte var direkt ansluten till sjukhusen liksom att öppenvård och sjukhusvård började integreras. Detta innebar att i början av 1970-talet hade i stort sett all hälso- och sjukvård överfört till landstingskommunalt huvudmannaskap vilket ledde till att de nu hade ett totalt ansvar för sjukvården. Detta var en förändring i huvudmannaskap och landstingens funktion blev allt tydligare hälso- och sjukvård.

Det totala samlade ansvaret resulterade vidare till en utökning av sjukvårdsorganisationen och en expansion även inom dessa nya områden. (Axelsson 1990 s.

39) De allra sista sjukhusen som var statligt ägda, Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset, övergick till respektive landsting 1981 respektive 1982. (Calltorp 1989 s. 60 f.)

#### 4.1.1 Rationalisering och planering

Förutom stora förändringar i huvudmannaskap under framförallt 1960-talet blev planeringen alltmer inriktad på rationalitet, samordning och struktur av olika nivåer, till stor del beroende på att regionsjukvården byggdes ut i dessa expansions-tider i sådan utsträckning att resurserna kunde utnyttjas på ett nytt sätt. (Calltorp 1989 s. 60 f.) Hela utformningen av den svenska sjukvården byggde på en relativt enhetlig planeringsmodell och ekonomistyrningen var anpassad till expansionen. Utbyggnaden av sjukvården hade lett till stora enheter och för att styra verksamheten så hämtades nya organisationsprinciper från bland annat industrin. Mycket handlade om att utnyttja stordriftsfördelar och specialiseringsmöjligheter för att effektivisera. Ibland talas det om att sjukvården präglades av en "löpande band"-princip. (Axelsson 1990 s. 40ff.)

Borgert menar (1992 s. 22) att ett exempel på den ökande rationaliseringen av sjukvården var inrättandet av Spri, Hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, 1968, som bland annat skulle ägna sig åt standardisering i sjukvården. Inrättandet av Spri menar han medverkade till ett ökat intresse för sjukvårdens organisation och bland annat organiserade Spri 1969 en konferens där sjukvården diskuterades där:

"[...] man bl a betonade vikten av 'klara ansvarsgränser mellan direktiv och operativ roll', att 'centralisera morgondagen och delegera dagen', att dela in 'vårdproduktionen' utifrån geografiska (distrikt) eller funktionella (block) områden, och att centralisera vissa funktioner, t ex underhåll. Organiserandet skulle börja 'uppifrån', vilket i praktiken betydde att man i huvudsak ägnade sig åt att diskutera den organisatoriska utformningen av den administrativa sfären." (Borgert 1992 s. 22 f.)

Genom SOU 1958:26 började också planeringen för att centralisera den hög-specialiserade vården. Landet delades upp i regioner med regionsjukhus och systemet finns i hög utsträckning kvar än idag men exempelvis så har regiongränserna förändrats liksom formella samverkansorgan har utvecklats. (Calltorp 1989 s. 60 f.) I ett internationellt perspektiv skriver Calltorp (1989 s. 65 f.) att uppdelningen av Sverige i regioner är intressant eftersom den började relativt tidigt. Regionaliseringen har därmed betytt mycket för hur vårdstrukturen i Sverige har utvecklats. Dessutom menar han att den byggdes i hög utsträckning nedifrån och upp även om det fanns nationella riktlinjer. Från att ha handlat om att samverka i finansieringsfrågor rörande högspecialiserad vård har regionerna även samordnat frågor som utbildning och specialistutveckling. Från statligt håll sågs ursprungligen regionplaneringen som ett styrinstrument men den har blivit allt svårare att utnyttja som ett sådant. (Calltorp 1989 s. 66) Mycket av omorganiseringen under denna tid handlade alltså om att centralisera, samtidigt som att delar av huvud-

mannskapet decentraliserades till en lägre nivå, landstingen. Parallellt med detta byggdes sjukvården ut.

## 4.2 Fortsatt planering och ökade kostnader in på 1970-talet

1960- och 1970-talets expansion av sjukvården var något som få oroade sig över till en början, liksom det faktum att utgifterna för verksamheten ökade i en högre takt än inkomsterna för samhället i stort. (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 13) Detta kan till stor del förklaras av att expansionen ägde rum i en kontext av stark ekonomisk tillväxt och framtidstro. Sjukvården kunde expandera eftersom det fanns ekonomiskt utrymme och en allmän optimistisk syn på framtiden. Efter oljekrisen 1973 så gick den tidigare så starka ekonomiska tillväxten ner. Trots detta så fortsatte kostnaderna för sjukvården att öka i en snabb takt. Mellan 1960 och 1970 hade de offentliga sjukvårdsutgifterna ökat från 73 till 86 % av de totala sjukvårdsutgifterna i Sverige, liksom att de övriga offentliga utgifterna ökat.

Planering på lång sikt och att förändra organisationen åt detta håll är det som Borgert menar (1992 s. 23) framförallt karakteriserar hälso- och sjukvården i början av 1970-talet. Det hela var en idé om möjligheten att rationellt planera vårdorganisationen. Centralisering och specialisering var två begrepp i fokus. Mycket tid ägnades åt hur landstingen skulle organiseras i det stora, det vill säga den optimala indelningen av landstinget, liksom hur olika rutiner kunde rationaliseras. Klinikernas organisation ägnades inte större uppmärksamhet utan fortsatte att vara hierarkiskt ledda av en läkare, medan den ekonomiska delen var centralstyrd inom respektive landsting. (Borgert 1992 s. 119) Den tidigare indelningen av sjukvården i läns- och regionsjukvård fick i mitten av 1970-talet en ny nivå, primärvården. Denna nivå fick det primära ansvaret för befolkningens hälsa inom vissa givna geografiska områden. Czarniawska-Joerges anser (1988 s. 13) att det finns andra faktorer bakom faktumet, där en faktor är att styrning inom en politisk-administrativ organisation är mer komplicerat. Exempelvis kan man både decentralisera och centralisera på samma gång genom att ge administration mindre kontroll över andra enheter medan politikerna ökar den direkta kontrollen av tjänstemännen eftersom en plattare organisation bidrar till att placera politikerna närmare administrationen.

Leif Borgert menar (1992 s. 15 ff.) annars att den vanligaste lösningen när sjukvården från efterkrigstiden och fram till mitten av 1980-talet inte kunnat uppnå sina mål varit tillskott av resurser, vilket är en stor bidragande orsak till kostnaderna för sjukvården. Fördelningen av resurser fungerade traditionellt genom att årligen presenterades klinikkostnaderna och dessa låg till grund för nya anslag. Det kan därför påstås att det fanns incitament till att peka på större kostnader för att därmed få högre anslag. (Blomqvist – Rothstein 2000 s. 192 f.)



#### 4.2.1 Att finna en helhetssyn, samordna och att decentralisera

Samtidigt så växte kritiken i mitten av 1970-talet mot hur sjukvården egentligen fungerade, framförallt hette det att det saknades en helhetssyn. På samma gång ökade de personalpolitiska åtgärderna. I slutet av 1970-talet så är det just bland annat helhetssyn som betonas liksom delegering och delaktighet, jämfört med den tidigare tanken om specialisering. Tanken om lagarbete och decentralisering började också dyka upp började praktiseras när den administrativa ledningen på klinikerna utsattes för omorganisering. (Borgert 1992 s. 23 ff.)

I takt med att expansionen i den offentliga sektorn fortsatte växte också behovet av att lösa problem relaterade till styrning vilket under 1970-talet blev allt tydligare, inte bara i Sverige. Nya styrmodeller som mål- och resultatstyrning ersatte gamla modeller. (Petersson O. 2000 s. 21 f.)

Det utökade ansvaret för landstingen och de större kommunerna ledde till att nya enheter skapades, sjukvårdsförvaltningar, som var ansvariga för hälso- och sjukvård inom ett geografiskt område. Enheterna blev många gånger komplexa organisationer och på flera håll försökte man införa nya former av organisation för att samordna verksamheten. Idéerna hämtades ofta från industrin skriver Axelsson (1990 s. 39) och handlade i mycket om stordrift och specialisering, det begrepp som börjat bli populärt i början av 1970-taket. Nu förändrades också styrningen av sjukhusen så att sjukhusdirektören var rent administrativ, och även administrationen inrättades för en centraliserad styrning. Läkarkåren hade dock ändå en stark ställning men den försvagades. (Axelsson 1990 s. 39)

Sjukvården hade i början av växt sig allt större vilket ledde till ökade krav på sjukhusadministratörerna inom områden som budget, personalrekrytering, utredningar och analyser, planering och skattningar av vad för underhåll som behövde göras. Samtidigt förväntades de bemöda sig om en effektiv sjukvård. (Borghammar - Margulies 1974 s. 21 f.) 1970-talet kom därmed i mycket att handla om att strukturera upp organisationen, liksom planering, bland annat så utvecklades plandokument liksom ett system för femårsplanläggning. (Calltorp 1989 s. 61) Genom en nationell läkarfördelningsplan så försöktes man också från centralt håll fördela läkarna jämt över landet, både avseende geografi och specialitet genom överenskommelser mellan arbetsmarknaden och myndigheter. (Calltorp 1989 s. 61)

Calltorp menar (1989 s. 61) att ett av de viktigaste medlen för att försöka styra planmässigt under 1970-talet var den reform som gjorts 1969 av läkarutbildningen, liksom "Sjukronorsreformen" 1970 som innebar att läkarna fick en totallön och inte som tidigare en blandning av fast lön och prestationsersättning, liksom att patientavgifterna inom öppenvården blev enhetliga. Dessutom så började läkarnas arbetstid regleras. 1972 reformerades också avgifterna inom den privata vården ned fasta avgifter och ersättning till läkarna via sjukförsäkringen. Sjukronorsreformen har tolkats som ett försökt att utveckla ett sjukvårdssystem med grund i en jämlikhetsprincip, och dessutom anses reformen ha drivits fram osedvanligt snabbt och genom politisk kraft, vilket i så fall är ett avbrott i tendensen till större utredningar och kompromisser innan reformer genomdrivs. Forskare har också menat att reformen minskade läkarnas frihet. (Calltorp 1989 s. 64) Ändå så kvar-

stod mycket av läkarnas inflytande på inom beslutsfattandet, kanske framförallt för att de traditionellt sågs placerade högt upp i hierarkin inom sjukvården.

Utbyggnaden av sjukvården under 1960- och 1970-talet bidrog till ett rätt så okomplicerat förhållande mellan stat och landsting, skriver Calltorp (1989 s. 67). Det fanns ett gemensamt intresse i att stimulera utbyggnaden. (Calltorp 1989 s. 67) Trots sjukvårdens fortsatta expansion så fanns det ändå problem med att tillgodose alla medborgares önskemål då kraven på sjukvården ökade samtidigt som kostnaderna. (Borgenhammar - Margulies. 1974 s. 20f.)

#### 4.2.2 Förändrade uppgifter

Konsumtionen ökade samtidigt under 1970-talet. Hälso- och sjukvården hade mellan 1955 och 1980 fått ökade anslag med sju gånger så mycket. Detta då många uppgifter hade flyttats över från statligt ansvar till att ligga under kommunerna och landstingen. I landstingen ökade antalet politiska nämnder för att kunna ta hand om de nya verksamheterna. (SOU 1996:169 s. 10)

I slutet av 1970-talet inleddes en utredning av socialdepartementet. Syftet var att arbeta fram ett program för hälso- och sjukvården under mellan åren 1990 och 2000. Denna rapport resulterade bland annat i SOU 1984:39. I utredningen konstaterades att synen på sjukdom förändrats i takt med att den medicinska vetenskapen utvecklats, och likaså medborgarnas krav på densamma. Därför menar man (SOU 1984:39 s. 12 f.) att det är viktigt att sjukvården måste bli alltmer förebyggande. En starkare fokus på förebyggande vård skulle också kunna förbättra möjligheten för den svenska sjukvården att anpassa sig till den bromsade utbyggnadstakten som eftersträvades. Likaså betonades det att sjukvården inte enbart skulle behandla existerande sjukdomar utan likväl försöka motverka uppkomsten av dem, även det en långsiktig lösning.

Hälso- och sjukvården fortsatte alltså att expandera även om samhällsekonomi försvagats och lösningen på mycket hette fortfarande mer resurser. Dock började det bli klart att detta inte var en hållbar lösning och kostnaderna ökade hastigt. Genom att planera och skapa struktur inom verksamheten försökte man förändra till det bättre, samtidigt som läkarnas ställning försvagades genom bland annat Sjukronorsreformen. Dessutom så blev högste sjukhuschefen nu rent administrativ jämfört med den tidigare läkaren högst upp i beslutskedjan.

# 5 Åtstramning, styrning och nya lösningar?

I början av 1980-talet så hade den svenska sjukvården jämfört med resten av världens en hög tillgång på akutplatser, men ett lågt antal läkarbesök i den öppna vården. Mycket av läkarkontakterna och vården ägde rum på sjukhusen. Detta trots försök att strukturera om sjukvården mot allt mer primärvård och öppenvård. Sådan omstrukturering pågick också inom den psykiatriska vården där den direkta vården vid mentalsjukhusen minskade och fortsatte också att göra så. (SOU 1984:39 s. 13 f.)

Förändringsarbetet som pågått fram till i början av 1980-talet ansågs ha gått långsamt på grund av tröghet i systemet där faktorer som bland annat hade med sjukvårdens storlek och de många aktörerna att göra. Denna tröghet menar man i SOU 1984:39 ökat svårigheterna att omfördela resurserna och anpassa sig till en ny kontext. Fastän ett mål bland annat var att satsa på primärvård gick en huvuddel av pengarna ändå till akutvård och sjukhus. En orsak var att sjukvården under denna tid hade en sådan viktig roll i sysselsättningen på många håll i Sverige. Mellan ungefär 1974 och 1984 så ökade antalet anställda inom vården med över 170000 människor och eventuella nedskärningar skulle därför påverka många människor. Därmed har försök att förändra verksamheten mött stort motstånd på många håll, menas det i SOU 1984:39 (s. 14 f.)

## 5.1 Ökande kostnader och krav – 1980-talet

Den ekonomiska utvecklingen under det tidiga 1980-talet skärpte ytterligare kraven på hälso- och sjukvården och det fanns ett allt större behov av att kraftigt bromsa expansionen.

”Hälso- och sjukvårdens utbyggnadsförutsättningar har därvid radikalt förändrats från en årlig volymökning av minst 4-5 procent under 1970-talet till en situation där det tillgängliga expansionsutrymmet knappast kommer att överstiga vad som motsvarar den ökade efterfrågan, som betingas av ökningen av antalet äldre i landet.” (SOU 1984:39 s. 15)

Den snabba utbyggnaden av hälso- och sjukvården som ägt rum sedan ett par årtionden tillbaka gav effekter på 1980-talets sjukvård. 1980 var 92 % av den totala sjukvårdskostnaden i Sverige finansierad av offentliga medel, och 10 år senare var den kvar på samma nivå. (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 15 f.) Kostnaderna var i

slutet av 1980-talet i den svenska sjukvården ungefär en tiondel av BNP, en kostnad som fördubblats sen 25 år tillbaka. Detta började då också synas i allt stramare budgetar för landstingen (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 11 f.). Den tidigare lösningen på många problem, ytterligare resurser i verksamheten, var alltså tvungen att avta och gjorde så runt mitten av 1980-talet genom bland annat minskade löneökningar. Innan hade det varit möjligt att finansiera den fortsatta expansionen genom bland annat lån. (Falk – Nilsson 1999 s. 127) En annan lösning som dock inte praktiserades i någon hög utsträckning var att göra prioriteringar. Leif Borgert (1992 s. 15 ff.) Borgert menar också att en lösning som va aktuell under 1980-talet, är att satsa på ledarskap och förändrad policy för ledning, en satsning som fortsatte in på 1990-talet bland annat genom att ändra hälso- och sjukvårdslagen 1991 för att tydligare reglera administrativt ledaransvar inom sjukvården. (Borgert 1992 s. 17)

Situationen med en snabbt expanderande sjukvård under 1960-talet, med en viss avsakning på 1970-talet var ungefär lika för många andra industriländer. Det speciella med Sverige, säger Calltorp (1989 s. 146) är att denna avsakning kom vid en senare tidpunkt här. Likaså fanns det under 1980-talet likheter internationellt avseende diskussionen om sjukvård, med ökande krav, stigande kostnader och minskade resurser. Kostnadsökningarna inom sjukvården måste ha kommit någonstans ifrån. Kanske kan det tyckas logiskt att de helt enkelt berodde på att människor blivit sjukare. Men, som Jönsson och Rehnberg skriver (1987 s. 17) så visade undersökningar i slutet på 1980-talet snarare att folk blev friskare och friskare. Därför måste troligen andra förklaringsfaktorer sökas, som ökad efterfrågan. Likaså kan sjukvårdskostnaderna förstås utifrån demografiska förändringar. Idag har vi till exempel en befolkning som är åldrande med framtida kostnadsökningar att vänta, men samma diskussion går att finna på 1960-talet. Kostnaderna för sjukvården blir högre med åldern, men, säger Jönsson och Rehnberg (1987 s. 18), den åldrande befolkningen kunde 1987 ändå bara förklara ungefär 7% av de ökande kostnaderna.

På motsvarande sätt hade den tekniska utvecklingen lett till större kostnader i form av investeringar. Speciellt för just sjukvårdsindustrin menar Jönsson och Rehnberg (1987 s. 19) vara att ny teknologi leder till större arbetsinsatser jämfört med övrig industri där den ofta är kostnadsbesparande. Följande citat sammanfattar en stor del av den svenska hälso- och sjukvårdens situation under det sena 1980-talet: (”[...] framgår att svensk sjukvård befinner sig i en situation där kraven som riktas mot vården är större än tillgängliga resurser att möta dem.” (Calltorp 1989 s. 145)

Med en sådan bakgrund kan det ökade intresset för ett effektivare resursutnyttjande inom sjukvården te sig naturligt. Expansionen av sjukvården hade i slutet av 1980-talet vänt jämfört med tidigare decennier. Bland annat hade man varit tvungna att skära ned på de offentliga utgifterna totalt sett för att få ner inflationen och försöka få en högre tillväxt igen. (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 15 f.)

1980-talet innebar alltså en övergång från expansion till inbromsning, vilket också påverkade relationerna mellan stat och landsting och spänningarna ökade under 1980-talet. Detta menar Calltorp (1989 s. 67) har berott på att det funnits nya problem att lösa inom sjukvården samtidigt som det inte direkt funnits meto-

der att hantera dem med. Det berodde också på att stat och landsting inte har haft samma åsikter om vilket ekonomiskt utrymme sjukvården bör ha.

Kronvall et al. sammanfattar (1991 s. 18 f.) de mål som varit prioriterade under 1980-talets förändringsarbete som fyra; demokrati, effektivitet, ekonomi och bättre service. Medlen för att uppnå dessa har främst varit tre; decentraliserad nämndorganisation, decentraliserad förvaltning och sektorsöverskridande organisation med ökad samverkan.

### 5.1.1 Decentralisering

Problemet för den svenska sjukvården under 1980-talet var inte bara att det fanns ett stort behov av att bromsa in kostnadsökningarna, utan också att den expansion som ägt rum tidigare också lett till en stor och komplex organisation. Kritik riktades mot sjukvården bland annat för att vara byråkratisk på slutet 1970-och början av 1980-talet, ett fenomen som Axelsson (1990 s. 43) menar inte var unikt för sjukvården utan snarare ett samhällsdrag vid tiden. Den administrativa verksamheten krävde också allt större resurser ifrån landstingen vilket ledde till minskade resurser för andra delar av sjukvården. Jönsson och Rehnberg anser (1987 s. 8) att sett till sjukvårdens natur med vårdpersonalens behov av att fatta beslut, var ett decentraliserat beslutsfattande nödvändigt.

Decentralisering hade börjat bli ett populärt begrepp under 1970-talet men växte sig än populärare fortsättningsvis under 1980-talet, inte bara inom hälso- och sjukvården. Två stora skäl för att decentralisera angavs dels vara det ekonomiska, dels det humanistiska. Det ekonomiska skälet bygger på tankar om att när ekonomiska beslut först ut i en organisation så kommer de ansvariga för verksamheterna att själva kunna påverka hur resurserna utnyttjas vilket kan ge möjligheter till att omprioritera. Det humanistiska skälet är att de anställda känner delaktighet vilket kan ge effekter i form av bättre arbetsmiljö och större engagemang. (Gabriell, 1990 s. 5) Decentralisering sågs också som ett sätt att öka politikernas möjlighet att styra en byråkrati som i huvudsak var styrd av stark profession. (Solli 1988 s. 12 f.)

Bland annat avskaffades nu en del regler som beslutats centralt, liksom att exempelvis enskilda kliniker nu fick ta ekonomiskt ansvar, liksom ansvar för sin personal. (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 8) Detta var en skillnad från den hierarkiska och centralt styrda klinik som tidigare varit modellen. Ett flitigt använt begrepp blev under 1980-talet basenheten, vilket blev de nya minsta enheterna inom landstingen med eget ekonomiskt ansvar och verksamhetsansvar. (Borgert 1992 s. 119)

1984 genomfördes ”Dagmarreformen”, en reform som Calltorp anser (1989 s. 63) fått stor betydelse för sjukvårdens utveckling under 1980-talet. Reformen innebar att läkare inte själva kunde besluta om de skulle vara anslutna till sjukförsäkringen eller ej utan rätten till dessa beslut gav till landstingen. I samband med detta fick landstingen en viss klumpsumma pengar tillsammans med statsbidrag och ersättning genom sjukförsäkringen, vilket fördelades enligt en ”per capitamodell”. (Calltorp 1989 s. 63) Bakgrunden till Dagmarreformen var att sjukvårdslagstiftningen förändrades 1982 där detaljreglering och styrmedel från statens håll

togs bort till viss del. Det fanns en vilja att decentralisera den offentliga sektorn, liksom att ge landstinget ansvaret och möjligheten för att organisera vården själva utan statlig styrning, skriver Calltorp (1989 s. 64).

Efter förändringen av sjukvårdslagstiftningen 1982 så blev det en förändrad rollfördelning mellan stat och landsting. Staten kom nu att sköta mer övergripande kontroll av resurser, lagstiftning, och övergripande tillsyn, och därmed fick landstingen ansvar att driva sjukvården inom fria ramar. Landstingen fick också ansvar för tidigare statliga uppgifter inom exempelvis högspecialiserad vård och planering genom Landstingsförbundet. (Calltorp 1989 s. 67 f.)

Runo Axelsson, företagsekonom, anser (1990 s. 9 f.) att decentraliseringen var stor trend inom sjukvårdsadministrationen, och det är just trenden, eller modet, som han ser som ett problem då den var ogenomtänkt liksom den centralisering som förelåg på mitten av 1960-talet. Han menar också (1990 s. 48) att denna decentralisering lätt kan slå över i en centralisering eftersom det är en del av naturen i ett modetänkande och blir därmed en konsekvens när det är vissa lösningar som är de rätta.

Under 1980-talet så vände alltså den stora organisationslösningen, från att centralisera till att decentralisera, och styrningen från statligt håll avreglerades. Samtidigt minskade läkarkårens inflytande till viss del genom att klinikerna omstrukturerades. Mycket av åtgärderna hängde samman med att ge de mindre enheterna ett ekonomiskt ansvar för att på så sätt försöka stoppa kostnadsökningarna inom sjukvården, liksom att det fanns en önskan om ett flexiblare beslutsfattande ute i verksamheten.

### 5.1.2 Planering och helhetssyn övergår i marknadslösningar

Under tidiga 1980-talet var det planeringen som setts som lösningen för att komma till rätta med de ekonomiska problemen inom hälso- och sjukvården. Bland annat ville man planera på personalsidan, både gällande tillgång och gällande utbildning. Stundande ökade krav på sektorn ställde anspråk på nya kunskaper och metoder vilket personalen behövde förberedas inför. (SOU 1984:39 s. 15)

I slutet av 1980-talet så hade ökningen av sjukvårdens kostnader till sist hejdat och låg på cirka 2 % årligen. Dock så fortsatte landstingens ekonomi ändå att försämrats och på flera håll sågs de närmaste åren som dystra för landstingen ekonomiskt sett. (se exempelvis Jönsson – Rehnberg s. 28 ff.) Senare hälften av 1980-talet kom i stället att präglas av rationalisering och knappare resurser. Tidigare idéer om vikten av planering och helhetssyn fick mindre inflytande. Marknadstermer som konkurrens och incitament fick ett större utrymme och försök att öka effektiviteten inom sjukvården inleddes, och flexibilitet och olikhet förespråkades. (Borgert 1992 s. 24 f.)

### 5.1.3 Resursbrist = ökade krav att prioritera

Allt större svårigheter att få kostnader och resurser att gå ihop i verksamheten ökade kraven på de prioriteringar politikerna gjorde. När läkaren Calltorp skriver sin avhandling om prioriteringar i sjukvården 1989 menar han (1989 s. 14) att det fanns två krafter att ta hänsyn till; dels en önskan om att kontrollera åtgången av resurser för sjukvården vilket bestäms av ett samhällsbehov, dels de krav som finns hos medborgare gällande att behandla sjukdomar. Detta leder till en situation där kraven blir för stora för att tillgodose med de tillgängliga resurserna och därmed krävs det att vissa grupper, sjukdomar och aktiviteter prioriteras framför andra. Jönsson och Rehnberg skriver (1987 s. 29 f.) att en kärvare ekonomi innebär att politikerna nu måste börja prioritera på ett annat sätt då det inte längre var möjligt att bara öka resurserna till olika delar av sjukvården utan i stället skulle det krävas reella nedskärningar. Prioriteringskraven kan jämföras med den politik som förts under expansionsåren, där ytterligare resurser varit lösningen. Ett problem med denna form av prioriteringskrav var att det inte fanns några direkta incitament för att omfördela resurser mellan olika verksamheter inom sjukvården, till följd att det fanns tendenser till generella besparingar i stället för prioritering. Poängen med själva prioriteringsarbetet var ju att nedskärningarna inte skulle ske rakt av i verksamheten.

Dessutom fanns det en uppfattning att det fanns plats för produktivitetsoökningar inom hälso- och sjukvårdssektorn, det vill säga att det är möjligt att utnyttja resurserna effektivare. Mekanismer för en sådan produktivitetsoökning saknades dock inom den offentliga sektorn menade många, bland annat ekonomerna Jönsson och Rehnberg (1987 s. 34), då sjukvården inte var konkurrensutsatt i någon vidare utsträckning. Marknaden och mötet mellan producenten och konsumenten saknades och på så sätt fick man aldrig något mått på produktiviteten.

Sådana idéer ledde till att försöka påverka den offentliga sektorns storlek genom att bryta de gamla kommunala monopolen och utsätta verksamheterna för konkurrens, något som låg i linje med försöken att spara in på de statliga utgifterna och en privatiseringsvåg löpte genom Sverige, något som enligt SOU 1996:169 (s 12) nådde sin kulmen 1990.

### 5.1.4 Decentraliseringen ställer krav på styrning

På slutet av 80-talet menar Borgert (1992 s. 25) att tron på strukturförändringar återigen tog fart, vilket bland annat materialiserades i Ädelpropositionen 1990, liksom diskussioner om att förändra huvudmannaskapsgränser mellan kommuner och landsting och även huruvida landstingen verkligen behövdes, en debatt som är aktuell även idag.

Jönsson och Rehnberg skriver (1987 s. 58 f.) att i slutet av 1980-talet så hade politikernas möjligheter till att styra verksamheten och få en god helhetssyn ändrats. Detta då verksamheten decentraliserats vilket ställde krav på tilltaget behov

av information på central nivå. Även på detta såg man en del av lösningen i förändrade styrsystem för att ledningen skulle få ett större inflytande. (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 58) Ett nytt ekonomiskt styrsätt som infördes på flera håll var rambudgeten. Rambudgetering var ett sätt att försöka anpassa sig till de alltmer begränsade resurserna, att förbättra planeringen av ekonomin och att öka förbindelsen mellan medicinskt och ekonomiskt ansvar. (Jönsson – Rehnberg 1987 s. 56 f.)

## 5.2 Ekonomiska incitament och marknad på 1990-talet

1990-talet kom sedan att präglas av en hejlad expansion samtidigt som den svenska ekonomin gjorde en djupdykning. Konsumtionen sjönk inom sjukvården och det var första gången under efterkrigstiden. Den statliga kontrollen över kommunerna avreglerades och kommuner och landsting fick nu välja fritt hur de ville organisera den lokala demokratin och dess verksamhet. Under 1990-talet menar Olof Petersson (2000, s. 33 f.) att en stor del av debatten kring den offentliga sektorn och åtgärderna därmed kom att handla om att finna sätt att kontrollera utgifter, inkomster och resursutnyttjande.

1990-talet och början av 2000-talet fortsatte att präglas i mycket av att stärka de ekonomiska incitamenten och orientera sig alltmer mot marknadsprinciper, och på så sätt frångå den traditionella planeringen och byråkratiska kontrollen. (Falk 1994 s. 51) Falk menar (1994 s. 51 ff.) mycket att de förändringar som skedde av hälso- och sjukvårdssystemet i början av 1990-talet kan härledas till denna diskussion om ökad marknadsanpassning där konkurrens och valfrihet varit nyckelord. Orsaken, eller problemen som försökt åtgärdas genom dessa förändringar har främst varit de snabbt ökade kostnaderna samtidigt som ekonomin i det stora generellt sätt blev sämre. Därför försökte man genom omorganisering utnyttja resurserna effektivare utan att för den skull äventyra kvalitén inom vården. Just styrning genom kvalitet, alltså att fokusera på kvaliteten i slutresultatet har blivit en ny idé för att komma till rätta med detta.

Från 1997 och framåt inleddes regionförsök, först i Kalmar och Skåne län, liksom på Gotland. 1999 följde så Västra Götalands län, vilket bildade Västra Götalandsregionen, liksom Skåne län bildade Region Skåne. Tidigare hade inte Malmös och Göteborgs sjukvård varit organiserat under landsting. Regionerna har förutom ansvaret för hälso- och sjukvården ansvar för regional utveckling, på Gotland ligger samma form av ansvar på kommunen. (Falk – Nilsson 1999 s. 32f.)



### 5.2.1 Nya sätt att styra och nya utförare

Fortsatta försök att hitta bra styrmodeller pågick under 1990-talet. Modellerna som prövats har varit olika former av decentralisering, målstyrning och beställar-utförarmodeller. (Falk 1994 s. 51) Likaså har huvudmännens samtidiga roller ifrågasatts, alltså huruvida det är lyckat att vara finansiär, producent och företrädare för konsumenterna/medborgarna på samma gång. Det är särskilt i denna diskussion som beställar-/utförarmodellen varit aktuell. Genom en sådan typ av styrmodell blev det möjligt att skilja konsument- och producentintressen åt, och bibehålla den offentliga finansieringen. (Rehnberg 1995 s. 9)

Förändringarna skedde dock i stor utsträckning inom de givna ramarna och landstingens huvudsakliga roll som huvudmän förändrades i stort inte, under tiden trots försök att hitta lösningar med andra producenter av vård. Ett undantag är Ädelreformen, mer om den nedan. Ett exempel på privata producenter av vård är Stockholms läns landsting som förändrade sin organisation i enlighet med en beställar-utförarmodell liksom att man införde ett husläkarsystem tidigt. (Falk 1994 s. 52 ff.) Husläkarreformen infördes för övrigt genom ett riksdagsbeslut 1993 (Falk 1994 s. 54) men avskaffades senare vid regeringsskifte.

I mitten av 1990-talet så svalnade intresset något för marknadsmodellerna och i stället började det talas om samverkan och samordning. Likaså försöker man från landstingens håll hitta lösningar som handlar om att följa patienterna genom vårdkedjan och göra uppföljningar och på så sätt styra vården: ”Om tanken med marknadsidén var att konkurrens skulle medföra effektivitet så var tanken med samverkan och samordning att genom stordrift och specialisering finna effektiva lösningar.” (Hallin – Siverbo 2004 s. 51) Det verkar alltså som att lösningen svängde från ena punkten till den andra och begrepp som använts flera decennier tillbaka nu återvänt, om än i annan tappning.

### 5.2.2 Fortsatta prioriteringar

Samtidigt så fanns behovet av prioriteringar kvar. Prioriteringar inom sjukvården var en av de största frågorna under 1990-talet menar Falk och Nilsson (1999, s. 119) Inte bara för att sjukvården fått ökade problem utan också för att det var först då som prioriteringsfrågan diskuterades öppet. Sjukvården har alltid haft till viss del begränsade resurser skriver författarna, och därför har prioriteringar alltid gjorts i viss utsträckning. Prioriteringsproblematiken blev dock mer uppenbar under 1990-talet eftersom utmaningarna för sjukvården ökade, framförallt genom att den tidigare resursökningen stoppats liksom att det inte gick att skära ner inom alla vårdverksamheter hur som helst. (Falk – Nilsson 1999 s. 119) Detta ledde bland annat till att 1997 så tog riksdagen ett beslut om riktlinjer för sådana prioriteringar och det är upp till politikerna att följa dessa och väga olika intressen mot varandra. Prioriteringsfrågan leder också till etiska ställningstaganden för de aktörerna i verksamheten.

Flera utredningar tillsattes för att undersöka möjligheten till organisationsförändringar och ändrad finansiering där bland annat HSU 2000 ingått. Uppgiften var för utredningsgruppen att hitta incitament för kostnadsminskningar och finna möjligheter till samordning, samtidigt som de utgick från principer om rätten till lika vård för alla liksom främjandet av konkurrens mellan olika typer av vårdgivare.

### 5.2.3 Ädelreformen –och några förändringar till

En av 1990-talets största reformer var den så kallade Ädelreformen. Denna innebar att ansvar flyttades över från landsting till kommun. Detta ansvar avsåg sjukvård, förutom direkta läkarinsatser, i särskilt boende, och i en del kommuner även avseende vanligt boende efter överenskommelse med landstingen. De medborgare det direkt berörde var alltså äldre och handikappade. Kommunerna fick även ansvaret för färdigbehandlade patienter. Tanken var bland annat att möjliggöra för kommunerna att samordna de medicinska åtgärderna med annan omvårdnad. (Norberg 2002 s. 25 f.)

Kommunerna blev nu bland annat skyldiga att inrätta särskilda boendeformer, erbjuda viss hälso- och sjukvård, tillhandahålla hjälpmedel och bedriva hemsjukvård. Detta innebar också att en hel del personal överflyttades från landstingen till kommunerna, framförallt vårdpersonal. (Falk 1994 s. 38 ff.) Syftet med Ädelreformen var att öka både landstingens och kommunernas incitament att se till att patienterna som berördes sköts på rätt nivå i vårdkedjan. Kommunerna har betalningsansvaret för den långvård som berör fysiska sjukdomstillstånd och bedrivs av landsting eller privat vårdgivare, undantaget vården inom landstingens geriatriska verksamhet, alltså den verksamhet som är inriktad på äldre människors hälsoproblem. (Falk 1994 s. 40)

En annan reform under 1990-talet var psykiatrireformen. Anledningen till denna var också att få ett tydliggjort ansvar från kommunernas håll avseende boende, omvårdnad och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade. (Norberg (2002 s. 26) En tredje reform var läkemedelsreformen år 1996 vilken gav ett ansvar till landstingen för läkemedel i slutet och öppen vård. Detta ansvar hade tidigare varit statligt. Även här så eftersträvades att området som flyttades över skulle integreras i den övriga hälso- och sjukvården och få prioriteras på lika villkor med övriga insatser. Det var ett sätt att försöka få bukt med stigande läkemedelskostnader. (Norberg 2002 s. 26 f.). Ännu ett exempel på ett område som varit föremål för reformer under 1990-talet är patientens ställning. Vårdgivarens skyldighet att lämna information liksom patienternas möjligheter att göra egna val har stärkts genom en skärpning av hälso- och sjukvårdslagen. Numera kan patienter i stort sett välja att söka vård var de vill i Sverige och är inte längre hänvisade till sin lokala vårdcentral eller sjukhus. (Norberg 2002 s. 27) Likaså infördes en vårdgaranti 1992. Syftet var att korta ner väntetiderna för vissa behandlingar så att köerna skulle vara maximalt tre månader. Denna vårdgaranti togs sedan bort tre år senare och i stället fanns besöksgarantin kvar. Den garanterade att en patient hade rätt till läkarbesök inom åtta dagar, liksom till besök hos specialist inom tre månader, och

i de fall landstingen inte kunde leva upp till detta fick desamma stå för kostnaden i de fall patienten då sökte sig till annat landsting. (Norberg 2002 s. 27 f.)

## 6 Framåtblickar

Vilka problem är det då som ligger till grund för att det anses finnas ett behov av den ansvarsutredning som nu pågår i Sverige? Ansvarskommittén menar att med de demografiska förändringar, utvecklingen av tekniken och förändrade värderingar tyder på allt högre krav på den offentliga sektorn och därför stiger också kraven på en välfungerande ekonomisk grund liksom att verksamheterna kan ge alla medborgare lika behandling och rättvisa. Samtidigt pågår en globalisering som innebär att Sveriges offentliga verksamheter påverkas i allt högre utsträckning av omvärlden, vilket också måste tas i beaktning. EU är en annan ny viktig faktor i detta.

Ett annat problem för den offentliga sektorn i framtiden handlar om personalförsörjning. Demografiska faktorer med en stor andel av Sveriges befolkning som snart kommer att börja gå i pension leder till att det krävs insatser på personalområdet för att den offentliga sektorn ska kunna hålla en god kompetens i framtiden. (SOU 2003:123 s. 9 ff.) Likaså har vårdköerna växt i Sverige liksom tillgängligheten blivit sämre. (SOU 2003:123 s. 115)

Ny teknik är bra för medborgarna när vården blir effektivare och håller högre kvalitet. Samtidigt, konstaterar Ansvarskommittén (2003:123 s. 32) så blir vården också dyrare liksom leda till en ökad efterfrågan. En snabb teknisk utveckling kommer också i framtiden att påverka vårdkostnaderna och detta är en ständig faktor att ta hänsyn till. (SOU 2003:123 s. 32)

Mycket i sjukvården kan förbättras om olika nivåer och vård samordnas med varandra i högre utsträckning, skriver Ansvarskommittén. Det stora hindret är enligt densamma huvudmannaskapsgränserna mellan kommunerna och landstingen i vården av de äldre. (2003:123 s. 114 f.) Ädelreformen gav inte en tillräckligt bra lösning. Oavsett hur gränsen dras mellan landsting och kommun kommer den alltid att finnas någonstans och vålla någon form av besvär.

Som nämnt i början av denna uppsats så är ansvaret för och strukturen i den svenska hälso- och sjukvården ett område som är prioriterat i den pågående ansvarsutredningen, liksom huruvida kommuner och landsting klarar av sina åtaganden. (SOU 2003:123 s. 15 ff.) Ungefär samtidigt har samma fråga varit uppe ibland annat våra grannländer Danmark och Norge. Vi vet inte vad den svenska Ansvarskommittén kommer att ge för förslag för framtidens sjukvård ännu, däremot har både Danmark och Norge redan genomfört stora omorganiseringar i sin sjukvårdsorganisation. Danmark har slopat motsvarigheten till landstingen och ersatt dem med större regioner liksom visst ansvar har lagts på den kommunala nivån. (Det nye Danmark – bilag om opgaveplacering 2004 s. 8ff.) En liknande omstrukturering har gjorts i Norge.

## 7 Avslutande diskussion

För att uppfylla uppsatsens syfte så besvaras här frågorna som ställdes inledningsvis under rubrikerna nedan.

### 7.1 Vilka är förändringarna som skett och vad är bakgrunden?

Tidsperspektivet i denna uppsats har varit ungefär de senaste 40 åren och under denna tid har en mängd förändringar skett i hälso- och sjukvårdens organisation.

I den tid när denna studie börjar så befann sig sjukvården i Sverige i en tid av expansion och resurstillgång. 40 år senare är läget ett helt annat. Hur kan då detta förstås? Jag menar att mycket av detta kan förstås utifrån den kontext som hälso- och sjukvården befunnit sig i. När samhällsekonomin blomstrade gjorde även sjukvården det. Sjukvården är en verksamhet som har stora krav på sig både gällande kvalitet och gällande tillgång, liksom att det finns en tanke i Sverige om allas rätt till välfärd via ett skattefinansierat system. Därför finns det alltid krav att tillgodose och det är inte svårt att motivera ännu ett sjukhusbygge eller ytterligare resurser. Det finns en ständig efterfrågan.

Möjligheterna fanns alltså att expandera, både genom det ekonomiska utrymmet liksom genom att det fanns skäl att ange. Därför kom också de organisatoriska förändringarna att vara relaterade till detta. Som tas upp i uppsatsen handlade mycket i expansionsfasen av sjukvårdens utveckling om att organisationen blev en stor, svårstyrd, byråkratisk koloss med en stark hierarki. De begrepp som var i fokus för att lösa dessa effekter av expansionen var planering, rationalitet, stordrift och specialisering.

Samtidigt övertog landstingen det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. Landstingen var då en nivå som i stor utsträckning varit ansvariga för denna del av den offentliga sektorn redan, men nu blev de i stort sett ensamma huvudmän liksom de hade ett produktionsansvar. Denna huvudmannaförändring byggde vidare på en tidigare historisk tradition.

När världen runt sjukvården förändrades under 1970-talet med framförallt en försämrad ekonomi började också sjukvården försöka anpassa sig till det förändrade läget, även om det gick rätt så långsamt. Utifrån diskussionen om den svårstyrda sjukvården, med många aktörer, starka viljor och komplicerad organisation så är kanske detta till viss del förstaeligt. Genom att planera och strukturera upp sjukvården ville man få till en rationaliserad sjukvård. Samtidigt upphörde inte tillskottet av resurser. På längre sikt var en lösning att betona hälsoaspekten av sjukvården genom den förebyggande vården och skapa primärvården.

Under 1980-talet var inte resurstillskott längre en lösning. Det fanns inte något utrymme i ekonomin. Kontexten hade förändrats och nu var sjukvården tvungen att anpassa sig, även om det gick långsamt. En organisation av hälso- och sjukvårdens storlek med rutiner och strukturer tar tid att byta riktning på och det är kanske som mest uppenbart när ekonomin försämras eller i andra typer av kriser.

Utbyggnaden av sjukvårdsorganisationen gav nu konsekvenser också i form av styrproblem. Lösningen blev bland annat decentralisering. Två olika sätt att styra står mot varandra: planstyrningen och marknadsstyrningen. Marknadsmodellen börjar bli tydlig under 1980-talet och har i hög grad sedan dess varit den form av styrning som ansetts vara lösningen på problemen. Staten släppte på sin styrning av landstingen, och landstingen i sin tur lade ut mer direkt ansvar på kliniker. Decentraliseringen i sin tur ställde ytterligare krav på styrning, vilket åter ledde till nya styrmodeller. Liksom tidigare decennier påpekades att det fanns stora svårigheter för sjukvården att leva upp till de krav som ställdes på den.

Under 1990-talet så kunde effekterna tydligt ses av nedskärningarna. Nu var kostnaderna i sjukvården mer i nivå med den övriga samhällsekonomin, som gjort en djupdykning under början av decenniet. Den hårdare samhällsekonomin ställde ytterligare krav på effektivitet. Resursminskningen hade redan varit stor så det gällde att producera mer till samma pris, och prioritera hårdare. Om industriella lösningar varit den dominerande tanken under 1960-talet och åren däromkring var det nu marknadsekonomiska idéer som skulle ge en resurseffektiv sjukvård. Lösningarna förändrades alltså från den tidigare traditionen av styrning genom planering och struktur mot att betona ekonomiska incitament och marknadsorientering. Behovet av förbättringar har dock kvarstått och nyare lösningar har i stället handlat om samverkan såväl inom landsting som sinsemellan dem. Organisationsidéerna och svaren på alla problem skiftar snabbt inom sjukvården och omorganisering verkar vara ett ständigt projekt.

Utvecklingen i den svenska hälso- och sjukvården menar jag därmed till stor del förstås utifrån en samhällelig kontext där bland annat samhällsekonomi, teknisk utveckling och demografiska faktorer är viktiga delar. Denna kontext har i hög grad statuerat sjukvårdens förutsättningar rätt så villkorslöst. Därför har förändringar inom verksamheten varit reaktioner på denna kontext. Intressant är att vissa delar av sammanhanget sjukvården befunnit sig i, diskuterades likväl 1960 som 1990. Demografi och en åldrande befolkning är ingen ny diskussion utan har funnits med länge. Likaså har den tekniska utvecklingen varit närvarande både 1960 och 1990, skillnaden är att utvecklingen accelererat och genererat ökade krav och kostnader. Sådana faktorer har påverkat sjukvårdens förutsättningar i olika grad, i olika tid, men de är inte nya. Samtidigt har de gett upphov till olika förändringar beroende på i vilken kontext de diskuterats. Så länge det fanns ett ekonomiskt utrymme för en utbyggnad av sjukvården så var problemen rörande exempelvis ökade krav lättare att ignorera och förändringarna i detta avseende inte lika prioriterade.

Hur sjukvården reagerat på sin kontext har gett olika effekter, eller problem om man så vill. Dessa har sedan försökt att lösas vidare genom olika förändringar och här spelar också interna faktorer roll, som exempelvis har att göra med den starka professionen. Ett exempel är hur sämre ekonomi lett till resursbrist, som i

sin tur resulterat i nedskärningar, vilket försökts lösas genom nya styrmodeller eller att konkurrensutsätta verksamheten. Vilka lösningar som setts som de bästa har varierat beroende på vilka problemen varit, i enlighet med diskussionen ovan. Ofta har de handlat om effektivitet men också om att tillvarata medborgarnas intressen i form av exempelvis kortare vårdköer.

Lösningarna beror också på vilka sätt att hantera organisationsproblem som varit populära just då. I en tid är decentralisering det rätta, i en annan centralisering. Det är intressant att idéer i viss mån verkar gå i cirklar. Från att centralisering varit modellen övergick sjukvården till att handla om decentralisering. Balansen är svår, precis som tagits upp i början av denna uppsats. I denna uppsats har fokus varit den offentliga sektorn och inte så mycket berört den privata vården. Det kan dock konstateras att viss omorganisering, framförallt senare, handlat om att öppna upp för att flytta över delar av vårdproduktionen till den privata sektorn. I övrigt så har mycket av omorganiseringen handlat om nivå. Idag så talas det om samordning och det finns de som menar att landstingen är en onödig nivå och i Norge och Danmark har man som ovan nämnt ersatt de gamla motsvarigheterna till svenska landsting med större regioner. Sammanfattningsvis så har alltså organiseringen av hälso- och sjukvården samtidigt starkt förenklat handlat om planering, decentralisering, marknadsanpassning och samverkan där reformer utgått från dessa principer under respektive tid.

## 7.2 Hur kan dessa förändringar förstås utifrån hälso- och sjukvårdens egenskaper?

När den svenska hälso- och sjukvården studeras utifrån de senaste decenniernas utveckling blir det uppenbart att detta är en verksamhet som inte är helt lätt att organisera. Hälso- och sjukvård kan förstås som en ovanligt komplex och svårorganiserad organisation. Därför menar jag att lösningarna också måste förstås utifrån hälso- och sjukvårdens funktion och förutsättningar.

Orsakerna till förändring i sjukvården förutom den direkta samhällsliga kontexten har varit flera. Det har exempelvis varit ganska så lätt att motivera utbyggnaden av sjukvården utifrån idéer om rättvisa, lika vård för alla och en ständig efterfrågan. Dessutom är sjukvården speciell genom den makt som den medicinska professionen har och har haft. Sjukvården är beroende av denna profession vilket också gett densamma stor makt att påverka organisationen. Förändringar som påverkat läkarna i en icke önskvärd riktning sett ur deras synvinkel är inte lätta att genomföra. Samtidigt ska professionen samsas med byråkratiska och demokratiska principer och då kan det vara svårt att föra organisationen i en bestämd riktning. Den medicinska professionen riskerar också att sitta på två stolar i takt med att de fått ett allt mer direkt ekonomiskt ansvar för verksamheten. Å ena sidan skall de se till patienternas bästa, medan de å andra sidan ska ta hänsyn till att utnyttja resurserna inom hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt. Detta riskerar att

leda till intressekonflikt. Att ge läkarna mer ekonomiskt ansvar kanske alltså löser ett problem, men skapar ett annat.

I en verksamhet som har många aktörer finns det också risk för att olika grupper främst ser till sitt eget verksamhetsområde i ett slags revirtänkande ökar också risken att försök att reformera inte lyckas så som varit tänkt. Detta kan resultera i långsammare förändringstakt eller att nya reformer måste genomföras.

Att sjukvården är en så svår verksamhet att organisera blir kanske extra tydligt när kraven på förändring ökar, som i sämre tider. Kraven på omorganisering och resursneddragning har varit starka i den svenska sjukvården sedan samhällsekonomin vände för några decennier sedan, men anpassningen skedde ändå relativt långsamt. Det är många viljor att ta hänsyn till och många olika nivåer att förändra vilket jag menar påverkar anpassningstakten. Styrproblem verkar vara ett återkommande inslag när olika förändringar motiveras i sjukvården. När samhällsekonomin försämrats blir det också tydligt att det kan vara extra svårt för hälso- och sjukvården att anpassa sig genom sin personalintensitet och den avancerade och dyra tekniken som används i verksamheten.

Landstingen i Sverige har haft en stor del av ansvaret för hälso- och sjukvården sedan lång tid tillbaka och landstingen är en väletablerad nivå liksom sjukvårdsorganisationen i övrigt. Detta ansvar har under tidsperioden som studerats ökat, om än att kommunerna genom Ädelreformen fick ta över en del av huvudmannaskapet. Traditionen av en etablerad organisation kan vara ett problem när sjukvården ska organiseras, om det inte finns utrymme till nytänkande. Att bygga ut sjukvårdens institutioner jämnt och att få till stånd samverkan mellan olika vårdgrenar är en svårlöst problematik. Ett exempel är vården av äldre som trots nyliga omorganiseringar fortfarande är ett område med samverkansproblem mellan kommuner och landsting.

Även om röster kan höras som ifrågasätter landstingens lämplighet som huvudman så har inte detta fått något större genomslag i organiseringen ännu. De flesta förändringar som skett på området har skett inom de givna ramarna. Landstingen var också länge organiserade på samma sätt över landet och spridningen av idéer är många gånger hög avseende sättet landstingen organiserar vården även om det sedan 1990-talet står dem ganska så fritt att välja hur de vill organisera sig.

Den svenska hälso- och sjukvården har gått från en centralt styrd, byråkratiskt uppbyggd och anlagsstyrd organisation till att bli mer marknadsinfluerad och decentraliserad. Det är ena delen av de organisationsförändringar som skett. Den andra delen är att ansvaret för olika verksamheter har flyttats mellan olika huvudmän. Staten har lämnat över verksamheter till landstingen, som sedan har fått lämna vidare vissa delar till kommunerna.

Syftet med båda typen av organisationsförändringar har varit att förbättra sjukvårdens verksamhet på olika sätt. Utvecklingen under den tidsperiod som studerats i uppsatsen kan förstås som en process där olika former av organisering bytts ut mot varandra beroende på verksamhetens förutsättningar. Med stor säkerhet kan det nog konstateras att hälso- och sjukvården kommer att fortsätta organiseras om i framtiden. Det kommer inte att vara så att en dag så anses sjukvården vara fulländad och färdigreformerad utan det kommer alltid att finnas ett utrymme



för försök till förbättringar. Sjukvården är inte isolerad utan måste förändras i takt med att omgivningen gör det.

## 8 Referenser

- Axelsson, Runo, 1990. *Sjukvårdsadministration i organisationsteoretisk belysning*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, Paula – Rothstein, Bo, 2000. *Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.
- Brunsson, Nils – Forsell, Anders – Winberg, Hans, 1989. *Reform som tradition. Administrativa reformer i Statens Järnvägar*. Stockholm: Ekonomiska Forskningsinstitutet, Handelshögskolan i Stockholm.
- Brunsson, Nils – Olsen, Johan P, 1990. *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Borgenhammar, Edgar & Margulies, Alex, 1974. *Att organisera vård*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Borgert, Leif, 1992. *Organisation som mode. Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Stockholms Universitet, Företagsekonomiska institutionen.
- Bäck, Henry - Johansson, Folke, 1993. ”Medborgarna och politikerna”, s. 47-71 i Gustafsson, Gunnel (red.) *Demokrati i förändring. Svenska kommuner och landsting i det lokala välfärdssamhället*. Umeå: Statsvetenskapliga institutionen, Umeå universitet.
- Calltorp, Johan, 1989. *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor. Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik*. Uppsala: Institutionen för socialmedicin, Uppsala Universitet.
- Carlsson, Per – Westerberg, Ingvar, 1985. *Hälso- och sjukvård i förändring – En systemanalys*. Linköping: Tema Hälso- och sjukvården i samhället, Universitetet i Linköping.
- Czarniawska-Joerges, Barbara, 1988. *Reformer och ideologier. Lokala nämnder på väg*. Lund: Doxa Ekonomi.
- Det nye Danmark – bilag om opgaveplacering*. 2004. Regeringens udspil. [http://www.detnyedanmark.dk/publikation/regeringens%20udspil\\_bilag.pdf](http://www.detnyedanmark.dk/publikation/regeringens%20udspil_bilag.pdf) 050729
- Falk, Viking, 1994. *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Falk, Viking – Nilsson, Kerstin, 1999. *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Gabriellii, Bengt – Leissner, Ulla – Lysell, Erland – Westerlund, Anders, 1990. *Decentralisering hela vägen – att förändra en sjukvårdsorganisation*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, Rolf Å, 1987. *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Stockholm: Esselte studium AB.

- Hallin, Bo – Siverbo, Sven, 2004. *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Halvorsen, Knut, 1992. *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Herlitz, Urban, 1989. *Om den offentliga sektorns framväxt*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, Bengt – Rehnberg, Clas, 1987. *Effektivare sjukvård*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Kronvall, Kai – Olsson, Eric – Sköldborg, Torgny, 1991. *Förändring och lärande. En utmaning för offentlig sektor*. Lund: Studentlitteratur.
- Lind, Jan-Åke, 1993. ”Valfrihet, kvalitet och effektivitet i 90-talets sjukvård – går det att förena?”, s. 220-232 i Collin, Sven-Olof – Hansson, Lennart (red.) *Kommuner och landsting i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundahl, Ulf – Skärvad, Per-Hugo, 1992. *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Petersson, Harry, 1989. ”Inledning: Politisk styrning av professionella organisationer”, s. 13-35 i Petersson Harry (red.) *Vem styr förändringar inom sjukvården – politikerna eller de medicinska professionerna?*. Lund: Kommunfakta Förlag.
- Petersson, Olof, 2002. *Statsbyggnad. Den offentliga maktens organisation. Tredje upplagan*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rehnberg, Clas, 1995. ”Reformer inom hälso- och sjukvården”, s. 8-105 i Carlsson, Per – Rehnberg, Clas (red.) *Hälsoekonomiska perspektiv. Tolv forskare om utveckling, styrning och utvärdering av hälso- och sjukvården*. Stockholm: SNS Förlag.
- SOU 1984:39. Socialdepartementet. *Hälso- och sjukvård inför 90-talet. HS90.* Stockholm: Liber Förlag.
- SOU 1996:169, Inrikesdepartementet. *Förnyelse av kommuner och landsting. Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2003:123. *Utvecklingskraft för hållbar välfärd. Delbetänkande av Ansvarskommittén*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.